

Saúde Materna e Neonatal

todos juntos
pelas crianças

unicef 

SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2009

Agradecimentos

A produção deste relatório não teria sido possível sem a orientação e a contribuição de muitas pessoas, ligadas ou não ao UNICEF. Foram recebidas contribuições significativas dos seguintes escritórios locais do UNICEF: Afeganistão, Bangladesh, Benin, Brasil, Burundi, Chade, Costa do Marfim, Gana, Guatemala, Haiti, Índia, Indonésia, Laos, Libéria, Madagascar, México, Marrocos, Moçambique, Nepal, Níger, Nigéria, Paquistão, Peru, Quênia, República Centro-Africana, Ruanda, Serra Leoa, Sri Lanka, Sudão, Territórios Palestinos, Togo, Tunísia e Uganda. Informações também foram recebidas pelos escritórios regionais do UNICEF e pelo Centro de Pesquisas Innocenti.

Agradecimentos especiais à S.M. Rainha Rania Al Abdullah, da Jordânia, ao Honorável Vabah Gayflor, a Zulfiqar A. Bhutta, Sarah Brown, Jennifer Harris Requejo, Joy Lawn, Mario Merialdi, Rosa Maria Nuñez-Urquiza e Cesar G. Victora.

EDITORIAL E PESQUISA

Patricia Moccia, *Editora Chefe*; David Anthony, *Editor*; Chris Brazier; Marilia Di Noia; Hirut Gebre-Egziabher; Emily Goodman; Yasmine Hage; Nelly Ingraham; Pamela Knight; Amy Lai; Charlotte Maitre; Meedan Mekonnen; Gabrielle Mitchell-Marell; Kristin Moehlmann; Michelle Risley; Catherine Rutgers; Karin Shankar; Shobana Shankar; Judith Yemane

TABELAS ESTATÍSTICAS

Tessa Wardlaw, *Chefe*, Informações Estratégicas, Divisão de Políticas e Práticas; Priscilla Akwara; Danielle Burke; Xiaodong Cai; Claudia Cappa; Ngagne Diakhate; Archana Dwivedi; Friedrich Huebler; Rouslan Karimov; Julia Krasevec; Edilberto Loaiza; Rolf Luyendijk; Nyein Nyein Lwin; Maryanne Neill; Holly Newby; Khin Wityee Oo; Emily White Johansson; Danzhen You

PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

Jaclyn Tierney, *Chefe*, Produção e Tradução; Edward Ying, Jr.; Germain Ake; Fanuel Endalew; Eki Kairupan; Farid Rashid; Elias Salem

TRADUÇÃO

Edição em francês: Marc Chalamet
Edição em espanhol: Carlos Perellón
Edição em português: B&C Revisão de Textos

PROGRAMA E DIRETRIZES DE POLÍTICAS

Divisão de Programas do UNICEF, Divisão de Políticas e Práticas e Centro de Pesquisas Innocenti, com agradecimentos especiais a Nicholas Alipui, *Diretor*, Divisão de Programas; Dan Rohrmann, *Vice-Diretor*, Divisão de Programas; Maniza Zaman, *Vice-Diretora*, Divisão de Programas; Peter Salama, *Diretor Adjunto*, Saúde; Jimmy Kolker, *Diretor Adjunto*, HIV e aids; Clarissa Brocklehurst, *Diretora Adjunta*, Água, Saneamento e Higiene; Werner Schultink, *Diretor Adjunto*, Nutrição; Touria Barakat; Linda Bartlett; Wivina Belmonte; Robert Cohen; Robert Gass; Asha George; Christine Jaulmes; Grace Kariwiga; Noreen Khan; Patience Kuruneru; Nuné Mangasaryan; Mariana Muzzi; Robin Nandy; Shirin Nayernouri; Kayode Oyegbite; David Parker; Luwei Pearson; Ian Pett; Bolor Purevdorj; Melanie Renshaw; Daniel Seymour; Fouzia Shafique; Judith Standley; David Stewart; Abdelmajid Tibouti; Mark Young; Alex Yuster

DESIGN E PRÉ-PRODUÇÃO

Prographics, Inc.

IMPRESSÃO

.....

DEDICATÓRIA

O relatório *Situação Mundial da Infância 2009* é dedicado a Allan Rosenfield, MD, Reitor Emérito, Faculdade Mailman de Saúde Pública, Universidade de Colúmbia, que faleceu no dia 12 de outubro de 2008. Pioneiro no campo da saúde pública, Dr. Rosenfield trabalhou incansavelmente para evitar mortes maternas e prover atendimento e tratamento para mulheres e crianças afetadas pelo HIV e pela aids em ambientes desprovidos de recursos. Emprestou sua energia e seu intelecto a inúmeros programas e instituições revolucionários, e sua paixão, sua dedicação, sua coragem e seu compromisso para colocar a saúde e os direitos humanos da mulher como condições para o desenvolvimento permanecem como uma fonte de inspiração.

Prólogo

O risco de morte materna registrado em Níger é mais alto do que em qualquer outro país no mundo: uma em sete. No mundo desenvolvido, o risco comparável é de uma em oito mil. Desde 1990 – ano de referência para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio –, estima-se em 10 milhões o número de mulheres que morreram devido a complicações relacionadas à gravidez e ao parto; e em cerca de 4 milhões o número de recém-nascidos que morrem a cada ano antes de completar 28 dias de vida. Os avanços nas condições de saúde materna e neonatal não acompanharam os avanços na sobrevivência infantil, que resultaram em uma redução de 27% na taxa global de mortalidade de menores de 5 anos entre 1990 e 2007.

O relatório *Situação Mundial da Infância 2009* focaliza a saúde materna e neonatal, e identifica as intervenções e ações que devem ser ampliadas para salvar vidas. A maioria das mortes de mães e recém-nascidos pode ser evitada por meio de intervenções cuja eficácia já foi comprovada – inclusive nutrição adequada, melhores práticas de higiene, atendimento pré-natal, partos assistidos por agentes de saúde especializados, atendimento obstétrico e neonatal de emergência, e visitas à mãe e ao recém-nascido no período pós-natal. Esses atendimentos devem ser prestados na forma de um *continuum* de cuidados que liguem as famílias e as comunidades aos sistemas de saúde. As pesquisas indicam que cerca de 80% das mortes maternas são evitáveis, desde que as mulheres tenham acesso a serviços essenciais de maternidade e de cuidados básicos de saúde.

Para que os progressos com relação à saúde materna e neonatal sejam acelerados, é imperativo que seja dada maior atenção à África e à Ásia. Esses dois continentes enfrentam os maiores desafios à sobrevivência e à saúde das mulheres e dos recém-nascidos, respondendo por cerca de 95% das mortes maternas e por cerca de 90% das mortes neonatais.

Dois terços das mortes maternas ocorrem em apenas dez países; juntas, Índia e Nigéria respondem por um terço das mortes maternas em todo o mundo. Em 2008, o UNICEF, a Organização Mundial da Saúde, o Fundo de População das Nações Unidas e o Banco Mundial decidiram trabalhar juntos para acelerar os progressos nas condições de saúde materna e neonatal nos 25 países que registram as mais altas taxas de mortalidade.

A gravidez e a maternidade precoces impõem riscos consideráveis à saúde das meninas. Quanto mais jovem uma menina engravida, maiores são os riscos para sua própria saúde e para a saúde de seu bebê. Em todo o mundo, as mortes maternas relacionadas à gravidez e ao parto – cerca de 70 mil a cada ano – são uma causa importante da mortalidade de meninas entre 15 e 19 anos de idade.

Casamento e gravidez precoces, HIV e aids, violência sexual e outros abusos relacionados a gênero também aumentam o risco de evasão escolar para meninas adolescentes. Ao mesmo tempo, essa situação alimenta o círculo vicioso de discriminação de gênero, pobreza e altas taxas de mortalidade materna e neonatal.

Garantir a educação de meninas e mulheres é um dos meios mais poderosos para romper a armadilha da pobreza e criar um ambiente de apoio para a saúde materna e neonatal. A combinação de esforços para expandir a cobertura de serviços essenciais e fortalecer os sistemas de saúde com ações que aumentem o poder das meninas e das mulheres, e que as protejam, tem um potencial real para acelerar os progressos.

À medida que 2015 se aproxima – a data final estabelecida para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio –, o desafio de melhorar as condições de saúde materna e neonatal vai além do simples cumprimento de metas: significa evitar uma tragédia humana desnecessária. O sucesso será medido em número de vidas salvas e em termos de melhorias nas condições de vida.



© UNICEF/HQ05-0653/Nicole Tournonji

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ann Veneman'.

Ann M. Veneman
Diretora Executiva
Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

Agradecimentos	ii
Dedicatória	ii
Prólogo	
Ann M. Veneman	
Diretora Executiva, UNICEF	iii

1 Saúde materna e neonatal: como estamos?

Destaques

Desafios na medição de mortes maternas	7
Criando um ambiente de apoio para mães e recém-nascidos por S. M. Rainha Rania Al Abdullah, da Jordânia, Defensora Eminente do UNICEF para as Crianças	11
Saúde materna e neonatal na Nigéria: desenvolvendo estratégias para acelerar os progressos	19
Expandindo o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: acesso universal à saúde reprodutiva até 2015	20
Dando prioridade à saúde materna no Sri Lanka.....	21
África e Ásia: pontos convergentes dos desafios globais com relação a crianças e mulheres	22
A crise mundial de alimentos e seu impacto potencial sobre a saúde materna e neonatal	24

Figuras

1.1 1.1Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde materna e infantil	3
1.2 Distribuição regional de mortes maternas	6
1.3 Tendências, níveis e risco de morte materna ao longo da vida	8
1.4 Taxas regionais de mortalidade neonatal	10
1.5 Causas diretas de morte materna, 1997-2002	14
1.6 Causas diretas de morte neonatal, 2000	15
1.7 Estrutura conceitual para mortalidade e morbidade maternal e neonatal.....	17
1.8 O aumento dos preços vem afetando significativamente todos os grupos de alimentos	24

2 Criando um ambiente de apoio para a saúde materna e neonatal

Destaques

Promovendo comportamentos saudáveis para mães, recém-nascidos e crianças: o guia <i>Medidas Vitais</i>	29
Cuidados primários de saúde: 30 anos desde Alma-Ata	31
Solucionando a escassez de agentes de saúde: uma ação crítica para melhorar a saúde materna e neonatal	35

Em direção a maior igualdade na saúde materna e neonatal por Cesar G. Victora, Professor de Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Brasil	38
Adaptando serviços de maternidade à cultura de áreas rurais no Peru.....	42
O Sudão do Sul: após a paz, uma nova batalha contra a mortalidade materna	43

Figuras

2.1 O <i>continuum</i> de cuidados.....	27
2.2 Embora venha melhorando, o <i>status</i> educacional de mulheres jovens ainda é baixo em diversas regiões em desenvolvimento	30
2.3 A paridade de gênero relacionada à frequência vem melhorando acentuadamente, mas o número de meninas fora da escola primária ainda é ligeiramente maior do que o de meninos	33
2.4 O casamento infantil é extremamente comum na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara	34
2.5 Embora em declínio, a prática de mutilação/corte genital feminino ainda é comum em muitos países em desenvolvimento	37
2.6 Mães que receberam atendimento especializado no momento do parto, por quintil de riqueza e região	38
2.7 Mulheres em Mali que receberam no mínimo três visitas de atendimento pré-natal, antes e depois da implementação da iniciativa de Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado (ACSD).....	39
2.8 Nos países em desenvolvimento, muitas mulheres não têm voz ativa em relação às suas necessidades de cuidados de saúde	40

3 O *continuum* de cuidados no tempo e no espaço: riscos e oportunidades

Destaques

Eliminando o tétano materno e neonatal	49
Distúrbios hipertensivos: comuns, embora complexos.....	53
Os primeiros 28 dias de vida por Zulfiqar A. Bhutta, Professor e Presidente, Departamento de Pediatria e Saúde Infantil, Universidade Aga Khan, Carachi, Paquistão	57
Atividade de parteiras no Afeganistão	60
Cuidados “mãe canguru” em Gana.....	62
Infecção conjunta por HIV/malária durante a gestação	63
O desafio enfrentado pelas adolescentes na Libéria pelo Honrável Vabah Gayflor, Ministro de Gênero e Desenvolvimento, Libéria	64

Saúde Materna e Neonatal

Figuras

3.1	Proteção contra tétano neonatal	48
3.2	Profilaxia anti-retroviral para mães HIV positivo visando evitar a transmissão de HIV da mãe para a criança.....	50
3.3	Cobertura de atendimento pré-natal	51
3.4	Cobertura de atendimento no momento do parto	52
3.5	Atendimento em emergências obstétricas: operações cesarianas em áreas rurais	54
3.6	Aleitamento materno precoce e exclusivo	59

4 Fortalecendo os sistemas de saúde para melhorar as condições da saúde materna e neonatal

Destaques

Utilizando metodologia de associações críticas nos sistemas de atendimento de saúde para evitar mortes maternas por Rosa Maria Nuñez-Urquiza, Instituto Nacional de Saúde Pública, México	73
Novo direcionamento para a saúde materna por Mario Meriardi, Organização Mundial da Saúde, e Jennifer Harris Requejo, Parcerias para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil.....	75
Fortalecendo o sistema de saúde no Laos	76
Preservando a vida de mães e recém-nascidos – os primeiros dias cruciais após o nascimento por Joy Lawn, Pesquisadora Sênior e Consultora Política, Saving Newborn Lives/Save the Children – US, África do Sul.....	80
Burundi: compromisso governamental com o atendimento da saúde materna e infantil	83
Integrando cuidados de saúde materna e neonatal na Índia	85

Figuras

4.1	Cuidados Obstétricos de Emergência (COE): indicadores de processo das Nações Unidas e níveis recomendados ..	70
4.2	Distribuição de fontes básicas de dados utilizadas para calcular as estimativas de mortalidade materna de 2005....	71
4.3	Agentes de saúde especializados são escassos na África e principalmente no Sudeste da Ásia	74
4.4	Levantamento de políticas de saúde materna, neonatal e infantil pelos 68 países que a Contagem Regressiva para 2015 considera prioritários	78
4.5	A Ásia registra um dos níveis mais baixos de gastos governamentais com saúde como parcela dos gastos públicos gerais.....	79
4.6	Estratégias de atendimento pós-natal: possibilidades e desafios de implementação	81
4.7	Países de mais baixa renda pagam a maior parte das despesas de manutenção do atendimento privado de saúde	82
4.8	Países de baixa renda têm apenas 10 leitos hospitalares por 10 mil pessoas.....	84

5 Trabalhando em conjunto em favor da saúde materna e neonatal

Destaques

Trabalhando em conjunto pela saúde materna e neonatal por Sarah Brown, Patronesse da White Ribbon Alliance for Safe Motherhood e esposa de Gordon Brown, primeiro-ministro do Reino Unido.	94
Parcerias globais fundamentais em favor da saúde materna e neonatal	96
Parcerias em favor de mães e recém-nascidos na República Centro-Africana	99
Agências das Nações Unidas fortalecem sua colaboração em apoio à saúde materna e neonatal	102
Aprimorando os sistemas de informações sobre saúde: a Rede de Métricas de Saúde	105

Figuras

5.1	Iniciativas globais fundamentais na área da saúde que visam fortalecer sistemas de saúde e ampliar intervenções essenciais	97
5.2	A Ajuda Oficial ao Desenvolvimento destinada à saúde materna e neonatal vem aumentando rapidamente desde 2004	98
5.3	Nutrição, PTMPC e saúde infantil vêm recebendo aumentos substanciais de financiamento	100
5.4	O financiamento para saúde materna, neonatal e infantil por parte de iniciativas globais de saúde vem aumentando acentuadamente nos últimos anos	101
5.5	Agências focais e parceiras para cada componente do continuum de cuidados para mães e recém-nascidos e funções relacionadas	103

Referências

Tabelas Estatísticas

Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	117
Tabela 1. Indicadores básicos	118
Tabela 2. Nutrição	122
Tabela 3. Saúde	126
Tabela 4. HIV/aids.....	130
Tabela 5. Educação	134
Tabela 6. Indicadores demográficos	138
Tabela 7. Indicadores econômicos	142
Tabela 8. Mulheres.....	146
Tabela 9. Proteção à criança	150
Tabela 10. Taxas de progresso	154

Siglas

1 Saúde materna e neonatal: como estamos?



A cada ano, mais de meio milhão de mulheres morrem devido a complicações na gravidez e no parto, e cerca de quatro milhões de recém-nascidos morrem antes de completar 28 dias de vida. Outros milhões de crianças enfrentam sofrimentos causados por deficiência, doenças, infecções e lesões. Já estão disponíveis soluções com boa relação custo/benefício que melhorariam rapidamente essa situação, mas é preciso que haja um sentido de urgência e compromisso para implementá-las e para que sejam alcançados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde materna e infantil. O primeiro capítulo do relatório Situação Mundial da Infância 2009 analisa tendências e níveis das condições de saúde materna e neonatal em cada uma das principais regiões, utilizando taxas de mortalidade como indicadores de referência. Explora brevemente as principais causas imediatas e subjacentes à mortalidade e à morbidade materna e neonatal, e esboça uma estrutura para a aceleração dos progressos.

De maneira geral, a gestação e o parto são momentos de alegria para os pais e as famílias, quando uma nova vida se desenvolve e vem ao mundo. Em um ambiente que respeite a mulher, a gestação, o nascimento e a maternidade podem ser motivos poderosos para afirmar os direitos e o *status* social da mulher sem que sua saúde seja ameaçada.

Um ambiente favorável a condições seguras para a maternidade e o parto depende dos cuidados e da atenção dispensados às gestantes e aos recém-nascidos pelas comunidades e pelas famílias, da perspicácia de funcionários capacitados na área de saúde, e da disponibilidade de centros de atendimento, equipamentos, medicamentos e cuidados emergenciais adequados para a prestação de cuidados de saúde sempre que necessário. Muitas mulheres no mundo em desenvolvimento – e a maioria das mulheres nos países menos desenvolvidos – dão à luz em casa, sem o acompanhamento de atendentes especializados, e mesmo assim normalmente seus bebês são saudáveis e sobrevivem às primeiras semanas de vida e até seu quinto aniversário, e até mesmo além disso. Apesar dos

inúmeros riscos associados à gravidez e ao parto, a maioria das mulheres também sobrevive.

Mas os riscos à saúde associados à gravidez e ao parto são muito maiores nos países em desenvolvimento do que nos países industrializados. São especialmente prevalentes nos países menos desenvolvidos e nos países de mais baixa renda; e em todos os lugares, em meio às famílias e comunidades menos abastadas e marginalizadas. Em todas as partes do mundo, os esforços para reduzir o número de mortes de mulheres devidas a complicações relacionadas à gravidez e ao parto tiveram menos sucesso do que outras áreas de desenvolvimento humano. Como consequência, dar à luz um filho continua sendo um dos riscos de saúde mais sérios enfrentados pelas mulheres. Em média, 1.500 mulheres morrem a cada dia devido a complicações relacionadas à gravidez e ao parto – a maioria delas, na África ao sul do Saara e na Ásia Meridional.

A diferença entre os países industrializados e as regiões em desenvolvimento – especialmente os países menos desenvolvidos – talvez seja maior com relação à mortalidade materna do que com relação a qualquer outro aspecto. Essa alegação

é sustentada pelos números: com base em dados de 2005, o risco de morrer por complicações relacionadas à gravidez e ao parto no caso de uma mulher que vive em um país menos desenvolvido é, em média, mais de 300 vezes maior do que no caso de uma mulher que vive em um país industrializado. Nenhuma outra taxa de mortalidade é tão desigual.

Milhões de mulheres que sobrevivem ao parto sofrem devido a lesões, infecções, doenças e deficiências relacionadas ao parto, frequentemente com consequências que perduram por toda a vida. A verdade é que é possível evitar a maioria dessas mortes e dessas condições: as pesquisas mostraram que aproximadamente 80% das mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a serviços essenciais para a maternidade e de cuidados básicos de saúde.¹

Nos países em desenvolvimento, até hoje as mortes de recém-nascidos também têm recebido muito pouca atenção. Quase 40% dos menores de 5 anos – ou 3,7 milhões, em 2004, segundo as estimativas mais recentes da Organização Mundial da Saúde – ocorrem durante os primeiros 28 dias de vida. Três quartos das mortes de recém-nascidos acontecem nos

A diferença no risco de morte materna entre o mundo industrializado e muitos países em desenvolvimento, particularmente os menos desenvolvidos, é identificada frequentemente como “a maior diferença na área da saúde em todo o mundo”.

primeiros sete dias, o início do período neonatal; a maioria dessas mortes também pode ser evitada.²

A diferença no número de mortes neonatais entre os países industrializados e as regiões em desenvolvimento também é grande. Com base em dados de 2004, a probabilidade de morrer durante os primeiros 28 dias de vida no caso de uma criança nascida em um país menos desenvolvido é quase 14 vezes maior do que no caso de uma criança nascida em um país industrializado.

A saúde da mãe e a saúde do recém-nascido estão intrinsecamente relacionadas. Portanto, em muitos casos, a prevenção da morte requer a implementação das mesmas intervenções, que incluem medidas essenciais, tais como atendimento pré-natal, atendimento especializado no momento do parto, acesso a cuidados obstétricos emergenciais sempre que necessário, nutrição adequada, cuidados no período pós-parto, cuidados para o recém-nascido e educação para melhorar as condições de saúde, de alimentação e cuidados com o bebê, além de comportamentos de higiene. No entanto, para que sejam eficazes e sustentáveis, essas intervenções devem ser implementadas dentro de uma estrutura de desenvolvimento que busque fortalecer e integrar programas a sistemas de saúde e a um ambiente de apoio aos direitos da mulher.

Uma abordagem baseada nos direitos humanos para melhorar a saúde materna e neonatal está centrada na ampliação do provimento de cuidados de saúde e no enfrentamento do problema de discriminação de gênero e de desigualdades na sociedade, por meio de mudanças culturais, sociais e comportamentais, entre outros recursos;

e visa aos países e às comunidades que correm os maiores riscos.

O relatório *Situação Mundial da Infância 2009* analisa as condições da saúde materna e neonatal através do mundo, e nos países em desenvolvimento, em particular, complementando o relatório de 2008, que abordou a sobrevivência infantil. Embora a ênfase do relatório focalize firmemente os aspectos de saúde e nutrição, as taxas de mortalidade são utilizadas como indicadores de referência. África ao sul do Saara e Ásia Meridional – as regiões com os números mais altos de mortalidade materna e neonatal – constituem o foco principal. O relatório desenvolve-

se a partir de premissas fundamentais: a necessidade imperiosa de criar um ambiente de apoio à saúde da mãe e do recém-nascido, com base no respeito aos direitos da mulher; e a necessidade de estabelecer um *continuum* de cuidados para mães, recém-nascidos e crianças, integrando programas de saúde reprodutiva, maternidade segura, cuidados para o recém-nascido e sobrevivência, crescimento e desenvolvimento da criança. O relatório analisa os paradigmas, as políticas e os programas mais recentes, e descreve iniciativas e parcerias essenciais que visam à aceleração dos progressos. Uma série de destaques, muitos dos quais contaram com a contribuição de colaboradores

Figura 1.1

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde materna e infantil

4º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: Reduzir a mortalidade infantil	
Metas	Indicadores
4.A: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos.	4.1 Taxa de mortalidade de menores de 5 anos 4.2 Taxa de mortalidade de bebês 4.3 Proporção de crianças com 1 ano de idade imunizadas contra sarampo
5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: Melhorar a saúde materna*	
Metas	Indicadores
5.A: Reduzir em 75%, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna	5.1 Taxa de mortalidade materna 5.2 Proporção de partos atendidos por agente de saúde especializado
5.B: Alcançar acesso universal à saúde reprodutiva até 2015	5.3 Taxa de prevalência de anticoncepcionais 5.4 Taxa de partos entre adolescentes 5.5 Cobertura de atendimento pré-natal (no mínimo, uma visita; e no mínimo, quatro visitas) 5.6 Necessidades de planejamento familiar não atendidas

* Com a nova lista oficial de indicadores em vigor a partir de 15 de janeiro de 2008, a estrutura revisada dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos na Assembleia Geral das Nações Unidas no Encontro de Cúpula de 2005, acrescentou uma nova meta (5.B) e quatro novos indicadores para o acompanhamento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio.

Fonte: Nações Unidas, Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: *site* oficial das Nações Unidas para os indicadores de ODM, [HTTP://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm), acessado em 1º de agosto de 2008.

convidados, aborda algumas das questões mais críticas com relação à saúde e à nutrição das mães e dos recém-nascidos em nossos dias.

Situação atual da saúde materna e neonatal

Desde 1990, passa de 500 mil o número anual estimado de mortes maternas em todo o mundo. Embora o número global de mortes de menores de 5 anos tenha caído de maneira consistente – de cerca de 13 milhões, em 1990, para 9,2 milhões, em 2007 –, o número de mortes maternas permaneceu inflexivelmente renitente. Foram modestos os ganhos através do mundo em direção à primeira meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), que visa reduzir em 75%, até 2015, a taxa de mortalidade materna registrada em 1990; e na África ao sul do Saara, praticamente não existiram progressos com relação à redução das taxas de mortalidade materna.³

As taxas de mortalidade materna refletem de maneira contundente a eficácia dos sistemas de saúde em geral, os quais, em muitos países de baixa renda em desenvolvimento, padecem devido à precariedade da administração e da capacidade técnica e logística, à inadequação dos investimentos financeiros e à falta de pessoal de saúde capacitado. A ampliação do número de intervenções – por exemplo, testagem anti-HIV no pré-natal, aumento do número de partos assistidos por pessoal de saúde capacitado, a garantia de acesso a cuidados obstétricos de emergência sempre que necessário e o provimento de atendimento pós-natal para a mãe e o bebê – poderia reduzir drasticamente a ocorrência de mortes de mães e de recém-nascidos. As taxas de mortalidade poderiam cair ainda mais

por meio da ampliação do acesso das mulheres a planejamento familiar, nutrição adequada e cuidados básicos de saúde a custos viáveis. Trata-se de ações que não são nem impossíveis, nem impraticáveis: são ações com ganhos comprovados e com boa relação custo/benefício, que as mulheres em idade fértil têm o direito de pleitear.

No entanto, a saúde materna vai além da sobrevivência de gestantes e mães. Para cada mulher que morre por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto, outras 20 mulheres sofrem devido a doenças decorrentes da gravidez ou a outras consequências graves. O número é alarmante: estima-se em 10 milhões o número anual de mulheres que sobrevivem com seqüelas de problemas durante a gestação.⁴

A saúde materna – resumida ao risco de morte ou invalidez por causas relacionadas à gravidez e ao parto – avançou muito pouco ao longo de décadas, como resultado de múltiplas causas subjacentes. A principal delas talvez esteja relacionada à posição de desvantagem que a mulher ocupa em muitos países e em muitas culturas, e à falta de atenção aos seus direitos e de responsabilização pelo respeito a eles.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), realizada em 1979 e hoje ratificada por 185 países, exige que os signatários “eliminem a discriminação contra a mulher no campo dos cuidados de saúde, de modo a garantir, com base na igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços de cuidados de saúde, inclusive aqueles relacionados ao planejamento familiar.” (artigo 12.1). Determina ainda que “sejam garantidos às mulheres serviços adequados em conexão com os períodos de gestação, do puerpério e no pós-natal,

assegurando a prestação de serviços gratuitos quando necessário, assim como nutrição adequada durante a gravidez e a lactação.” (artigo 12.2). Além disso, a Convenção sobre os Direitos da Criança também obriga os Estados signatários a “garantir às mães cuidados de saúde adequados nos períodos pré-natal e pós-natal” e a “desenvolver cuidados de saúde preventivos, orientação para os pais, e educação e serviços de planejamento familiar.” (artigo 24). As evidências disponíveis indicam que muitos países deixam de cumprir esses compromissos.

A melhoria das condições de saúde da mulher é fundamental para que sejam cumpridos os direitos de meninas e mulheres, tal como previstos na CEDAW e na Convenção sobre os Direitos da Criança, e para que sejam atingidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Uma vez realizado, o quinto ODM – melhorar os serviços e a saúde reprodutiva e materna – contribuirá também para o cumprimento do quarto ODM, que busca reduzir em dois terços as taxas de mortalidade de menores de 5 anos entre 1990 e 2015.

A melhoria das condições de nutrição da mulher também favorecerá a realização do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que busca erradicar a pobreza extrema e a fome até 2015. A subnutrição é um processo que frequentemente começa no útero, e pode perdurar ao longo de todo o ciclo de vida, especialmente para meninas e mulheres: uma menina com retardo de crescimento provavelmente sofrerá as consequências dessa condição na adolescente e, mais tarde, na vida adulta. Além de representar uma ameaça à sua própria saúde e à sua produtividade, a nutrição deficiente, que leva a um retardo de crescimento e baixo peso, aumenta a probabilidade de adversidades durante a

O risco de morrer por complicações relacionadas à gravidez e ao parto no caso de uma mulher que vive em um país menos desenvolvido é, em média, mais de 300 vezes maior do que no caso de uma mulher que vive em um país industrializado.



© UNICEF/H006-2055/Pablo Bartholomew

Um forte sistema de referência, agentes de saúde especializados e instalações bem equipadas são fundamentais para reduzir o número de mortes de mães e de recém-nascidos causadas por complicações durante o parto. Na Índia, agentes de saúde tratam bebês na Unidade de Cuidados para Recém-Nascidos Doentes.

gestação e no parto. Mães subnutridas correm também maior risco de dar à luz bebês com baixo peso – uma condição que aumenta perigosamente o risco de morte de bebês.⁵

A redução do risco de morte e de morbidade para a mãe melhora diretamente as perspectivas de sobrevivência da criança. Pesquisas demonstraram que, nos países em desenvolvimento, bebês cujas mães morreram durante seus primeiros seis meses de vida têm uma probabilidade muito maior de morrer durante seus dois primeiros anos de vida do que bebês cujas mães sobrevivem. Em um estudo realizado no Afeganistão, 74% dos bebês nascidos vivos cujas mães morreram devido a complicações ligadas à maternidade também morreram na sequência.⁶ Além disso, complicações para a mãe no momento do parto aumentam os riscos de morte neonatal – um problema que vem atraindo rapidamente a atenção dos esforços

pela sobrevivência infantil, à medida que, de maneira geral, caem as taxas de mortalidade de menores de 5 anos na maioria dos países em desenvolvimento.

Tendências com relação à saúde da mãe e do recém-nascido

Mortalidade materna

As estimativas mais recentes produzidas pelo grupo interagências da ONU sugerem que, em 2005, 536 mil mulheres morreram devido a complicações relacionadas à gravidez e ao parto. No entanto, esse número talvez seja bastante impreciso, uma vez que a medição da mortalidade materna é uma tarefa desafiadora e, em muitos países, os dados necessários não são registrados com regularidade. E o processo de determinar e registrar as causas da morte é ainda mais complexo do que estimar taxas de mortalidade materna. Para comprovar

que a causa da morte está relacionada a complicações na gravidez e no parto, é preciso que haja registros precisos da causa da morte, do *status* da gestação e do momento em que ocorreu o óbito. Algumas vezes, os sistemas de relatório estatístico dos países industrializados não chegam a esse nível de detalhes; no mundo em desenvolvimento, essa omissão é corriqueira, principalmente nos países mais pobres.⁷

Os esforços no sentido de melhorar a coleta de dados sobre mortalidade materna já vêm sendo empreendidos há duas décadas, tendo envolvido inicialmente a Organização Mundial da Saúde (OMS), o UNICEF e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Posteriormente, o Banco Mundial juntou-se a essas organizações. Essa colaboração interagências promove a convergência de recursos e a revisão de metodologias para chegar a estimativas globais mais precisas e abrangentes com relação à mortalidade materna. Os números relativos a 2005 são os mais precisos até o momento, e os primeiros a estimar tendências de mortalidade materna por meio de um processo interagências. (*Outros detalhes sobre estimativas de taxas e níveis de mortalidade materna podem ser encontrados no Destaque, página 7*).

Nos últimos anos, a comunidade de pesquisa desenvolveu novas metodologias para calcular o *status* de saúde das mães e dos bebês, as necessidades com relação a serviços, e a mortalidade materna e neonatal. Os esforços são contínuos e vêm enriquecendo o processo de aproximação a um quadro mais preciso de estimativas e causas de mortalidade e morbidade. Por outro lado, dados e análises mais elaborados sobre *status* e serviços de saúde vêm contribuindo para melhorar estratégias e estruturas,

A África e a Ásia respondem por cerca de 95% das mortes maternas em todo o mundo, com ônus particularmente alto para a África ao sul do Saara (50% do total mundial) e a Ásia Meridional (35%).

programas, políticas e parcerias – inclusive aquelas que apóiam o direcionamento com base em questões de gênero –, que lutam para melhorar as condições de saúde da mãe e do recém-nascido.

Com relação à estimativa de mortalidade materna, um aspecto está acima de qualquer discussão: a ampla maioria de mortes maternas – mais de 99%, segundo as estimativas do grupo interagências da ONU para 2005 – ocorreu em países em desenvolvimento. Desse total, 50% (265 mil) foram verificadas na África ao sul do Saara, e um terço (187 mil), na Ásia Meridional. Juntas, essas duas regiões respondem por 84% das mortes decorrentes de complicações na gestação que foram registradas em 2005 em todas as partes do mundo. A Índia sozinha responde por 22% do total.

As estimativas disponíveis com relação a tendências de mortalidade materna indicam progressos insuficientes em direção à Meta A do ODM 5, que busca uma redução de 75% nas taxas de mortalidade materna entre 1990 e 2015. Uma vez que em 1990 a taxa global de mortalidade materna permaneceu em 430 por 100 mil nascidos vivos e, em 2005, em 400 mortes por 100 mil nascidos vivos, a realização da meta ainda demandará uma redução acima de 70% entre 2005 e 2015.

As tendências globais podem mascarar as amplas variações entre as regiões, muitas das quais realizaram progressos consideráveis com relação à redução da mortalidade materna, e que neste momento lançam as fundações para novos avanços, por meio do aumento do acesso a serviços básicos de atendimento à maternidade. Nos países industrializados, as taxas de mortalidade materna permaneceram

bastante estáticas entre 1990 e 2005, e em níveis baixos: oito por 100 mil nascidos vivos. O acesso praticamente universal a cuidados especializados no momento do parto e a cuidados obstétricos necessários em situações de emergência contribuiu para a redução dos níveis de mortalidade materna. Todos os países industrializados que dispõem de dados registram no mínimo 98% de cobertura de atendimento especializado no momento do parto, e a maioria deles tem cobertura universal.

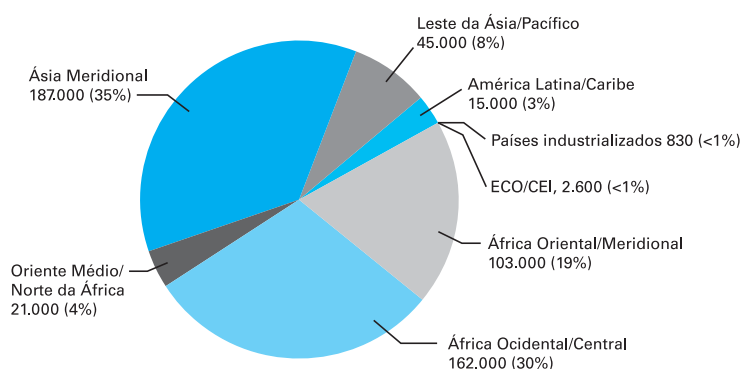
Com exceção da África ao sul do Saara, todas as demais regiões em desenvolvimento registraram queda no número absoluto de mortes maternas e nas taxas de mortalidade materna entre 1990 e 2005. Na África ao sul do Saara, as taxas de mortalidade materna permaneceram praticamente inalteradas no mesmo período. Tendo em vista as altas taxas de fertilidade da região, o resultado foi o aumento do número de mortes maternas ao longo desse período de 15 anos. Essa falta de progressos é particularmente preocupante, uma vez que essa região

registra as taxas mais altas de mortalidade materna ao longo da vida e o maior número de mortes maternas. Na África Ocidental e Central, a taxa de mortalidade materna permanece em inacreditáveis 1.100 mortes por 100 mil nascidos vivos: em comparação, a média nos países e territórios em desenvolvimento é de 450 mortes por 100 mil nascidos vivos. Nessa região está o país que registra a mais alta taxa de mortalidade materna em todo o mundo: Serra Leoa, com 2.100 mortes por 100 mil nascidos vivos.

A região da África Ocidental e Central registra também a mais alta taxa total de fertilidade: em 2007, 5,5 crianças. (A taxa total de fertilidade mede o número de crianças que uma mulher geraria caso vivesse até o fim de sua idade fértil e gerasse uma criança em cada idade conforme as taxas de fertilidade por idade prevalentes). Altas taxas de fertilidade aumentam o risco de morte da mulher devido a causas relacionadas à maternidade. Embora estejam associados a todas as gestações, os riscos de mortalidade

Figura 1.2
Distribuição regional de mortes maternas*

Mortes maternas, 2005



* Devido a arredondamentos, é possível que as porcentagens não totalizem 100%.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank*. Genebra: WHO, 2007, p. 35.

Desafios na medição de mortes maternas

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente de local e duração da gestação, provocada por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por seu gerenciamento. As causas da morte podem ser divididas em causas diretas – relacionadas a complicações obstétricas durante gestação, trabalho de parto ou período pós-parto – e causas indiretas. Há cinco causas diretas: hemorragia (ocorre geralmente no período pós-parto), sépsis, eclâmpsia, obstrução durante o trabalho de parto e complicações causadas por aborto. As mortes obstétricas indiretas ocorrem devido a condições previamente existentes ou a condições que surgem durante a gestação, que não estão relacionadas a causas obstétricas diretas, mas que podem ser agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação. Essas causas incluem condições como HIV e aids, malária, anemia e doenças cardiovasculares. O simples fato de uma mulher desenvolver uma complicação não significa que a morte seja inevitável: tratamento inadequado ou incorreto ou ausência de intervenções adequadas no momento certo estão por trás do maior número de mortes maternas.

A classificação precisa das causas de mortes maternas diretas ou indiretas, acidentais ou incidentais, constitui um desafio. Para classificar um óbito como materno de forma exata, são necessárias informações sobre a causa da morte, sobre o *status* da gestação ou sobre o momento da morte em relação à gestação. É possível que essas informações não existam, sejam equivocadas ou não tenham sido relatadas, mesmo em países industrializados que possuem sistemas de registro de nascimento em pleno funcionamento, ou nos países em desenvolvimento que enfrentam pesada carga de mortalidade materna. Os motivos são diversos: em primeiro lugar, muitos partos ocorrem em casa, principalmente nos países menos desenvolvidos e em áreas rurais, dificultando os esforços para estabelecer a causa da morte. Em segundo lugar, os sistemas de registro de nascimento podem estar incompletos ou, mesmo quando considerados completos, a atribuição de causas de morte pode ser inadequada. Em terceiro lugar, a medicina moderna pode prolongar a vida de uma mulher para além do período de 42 dias após o parto. Por esses motivos, em alguns casos são utilizadas definições alternativas de mortalidade materna. Um conceito refere-se a qualquer causa de morte durante a gestação ou durante o período pós-parto. Outro conceito leva em consideração as mortes por causas diretas ou indiretas que ocorrem do período pós-parto até um ano após o término da gestação.

A principal medida de risco de mortalidade é a *taxa de mortalidade materna*, que é identificada como o número de mortes maternas durante determinado período de tempo por 100 mil nascidos vivos durante o mesmo período, que é geralmente de um ano. Outra medida básica é o *risco de morte materna ao longo da vida*, que reflete a probabilidade de engravidar e a probabilidade de morrer devido a problemas relacionados à maternidade durante a fase reprodutiva da mulher. Em outras palavras, o risco de morte materna está relacionado a dois fatores principais: risco de mortalidade associado a uma única gestação ou a um parto de nascido vivo; e o número de gestações de uma mulher durante o período reprodutivo de sua vida.

Trabalhando em conjunto para melhorar as estimativas sobre morte materna

Diversas agências vêm colaborando para criar medidas mais precisas para taxas de mortalidade materna e níveis registrados mundialmente, e avaliar os progressos em direção à Meta A do

quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que estabelece a redução da taxa de mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015. O Grupo de Trabalho sobre Mortalidade Materna, originalmente formado pela Organização Mundial da Saúde, pelo UNICEF e pelo Fundo de População das Nações Unidas, desenvolveu estimativas globais de mortalidade materna comparáveis em termos internacionais para 1990, 1995 e 2000.

Em 2006, o Banco Mundial, a Divisão de População das Nações Unidas e diversos outros especialistas técnicos juntaram-se ao grupo que, subseqüentemente, desenvolveu um novo conjunto de estimativas sobre a mortalidade materna, comparáveis em termos globais para 2005, construídas com base na metodologia anterior e em dados recentes. O processo gerou estimativas para países que não dispunham de dados nacionais, e ajustou os dados nacionais disponíveis visando corrigir relatos imprecisos ou elaborados de forma errônea. Dos 171 países que tiveram seus dados revisados pelo Grupo de Trabalho sobre Mortalidade Materna para estimativas referentes a 2005, 61 não dispunham de dados adequados no nível nacional, representando 25% dos nascimentos em todo o mundo. Para esses países, foram utilizados modelos para estimar a mortalidade materna.

Para as estimativas referentes a 2005, os dados foram extraídos de oito categorias de fontes: sistemas completos de registro civil com boa atribuição de dados; sistemas completos de registro civil com certo grau de indeterminação ou com atribuição de dados insuficiente; métodos diretos praticados por irmandades; estudos sobre mortalidade em idade reprodutiva; vigilância em relação a doenças ou registro de amostras; recenseamento; estudos especiais; e ausência de dados nacionais. As estimativas para cada fonte foram calculadas de acordo com uma fórmula diferente, levando em consideração fatores como correções para desvios conhecidos e identificação de limites realistas de indeterminação.

As medidas de mortalidade materna são elaboradas com uma margem de indeterminação, destacando-se o fato de que, embora sejam as melhores estimativas disponíveis, a taxa real pode ser mais alta ou mais baixa do que a média. Embora essa seja a realidade de qualquer estatística, o alto grau de indeterminação das taxas de mortalidade materna indica que todos os dados devem ser interpretados com cautela.

Apesar dos desafios para a coleta de dados e a medição, as estimativas interagências sobre a mortalidade materna para 2005 foram suficientemente rigorosas para produzir análises de tendências e avaliar os progressos desde a data inicial do ODM 5, em 1990, até 2005. A ausência de progressos quanto à redução da mortalidade materna identificada em muitos países em desenvolvimento ajudou a colocar maior ênfase na realização do ODM 5.

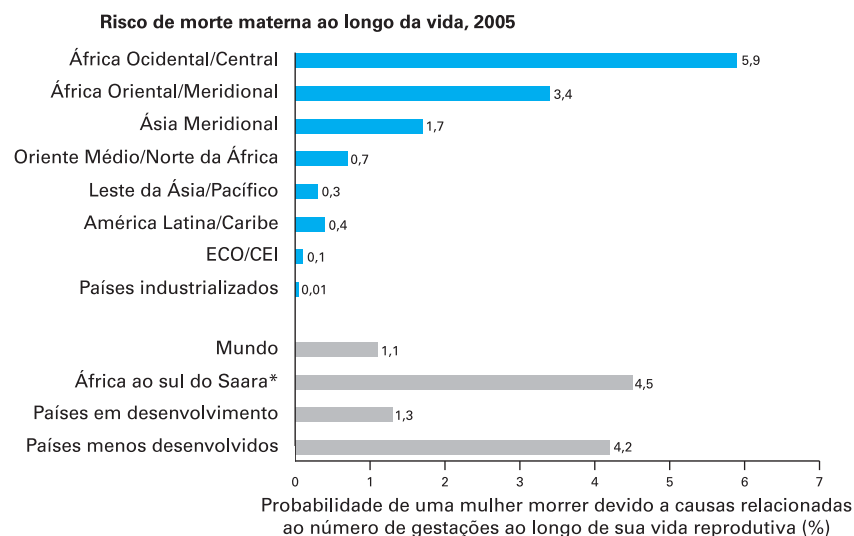
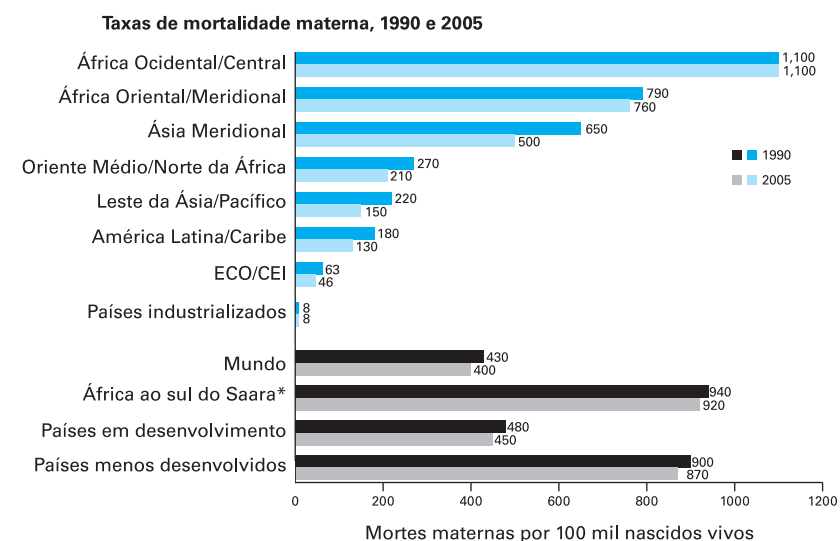
As estimativas de mortalidade materna para 2005 estão longe da perfeição, e ainda há muito trabalho a ser feito para refinar os processos de coleta de dados e de estimativas. Entretanto, essas estimativas refletem um forte compromisso por parte da comunidade internacional em favor da luta ininterrupta por maior rigor e precisão. Esses esforços contínuos darão apoio e orientação a ações que visam melhorar a saúde materna e garantir a importância da mulher.

Ver Referências, página 107.

Embora o número global de mortes de menores de 5 anos tenha caído de maneira consistente – de cerca de 13 milhões, em 1990, para 9,2 milhões, em 2007 –, o número de mortes maternas permaneceu inflexivelmente renitente, acima de 500 mil.

Figura 1.3

Tendências, níveis e risco de morte materna ao longo da vida



*África ao sul do Saara compreende as regiões da África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank*. Genebra: WHO, 2007, p. 35.

aumentam com o aumento do número de gestações de uma mulher.

Combinadas com acesso precário a cuidados básicos de saúde e a serviços de atendimento à maternidade, altas taxas de fertilidade podem levar a complicações que ameaçam permanentemente a sobrevivência da mulher. Para as mulheres no mundo em desenvolvimento como um todo, a probabilidade de morrer por causas relacionadas à maternidade é de uma em 76; para as mulheres dos países industrializados, essa proporção é de uma em 8 mil. Como comparação, para as mulheres que vivem na Irlanda, o risco de morte por causas relacionadas à maternidade é uma em 47,6 mil; para mulheres que vivem em Níger – o país que registra o maior risco de morte materna –, essa probabilidade é de uma em cada sete.⁸

Mortalidade neonatal

Mortalidade neonatal é a probabilidade de um recém-nascido morrer entre o momento do parto e os primeiros 28 dias de vida. As estimativas mais recentes da Organização Mundial da Saúde, elaboradas em 2004, indicam que cerca de 3,7 milhões de crianças morreram naquele ano antes de completar 28 dias de vida. No entanto, varia significativamente o risco de morte no período neonatal. O maior risco ocorre no primeiro dia após o parto: estima-se que ocorram nesse período entre 25% e 45% das mortes de recém-nascidos. Cerca de 75% dessas mortes – em 2004, 2,8 milhões – ocorrem ao longo da primeira semana de vida – o início do período neonatal. Assim como no caso de mortes maternas, quase a totalidade das mortes neonatais – em 2004, 98% – ocorre em países de baixa e média renda. Em 2004, o número total de mortes perinatais – que reúnem em um mesmo grupo natimortos e mortes neonatais na primeira semana de vida,



© UNICEF Moçambique/Ernido Machiana

Distribuição ampliada de mosquiteiros tratados com inseticida para ajudar na prevenção da malária e rápida ampliação de programas de prevenção e tratamento de infecções por HIV estão salvando a vida de mães e recém-nascidos. Em Moçambique, mãe HIV positivo e seu filho recém-nascido sob mosquiteiro tratado com inseticida recebem atendimento de enfermeira em centro de saúde.

por terem causas obstétricas semelhantes – foi de 5,9 milhões. Naquele ano, os natimortos representaram cerca de 3 milhões de mortes perinatais.⁹

Até a segunda metade da década de 1990, os números referentes à mortalidade neonatal eram estimados a partir de dados históricos aproximados. No entanto, à medida que dados mais confiáveis foram produzidos a partir de pesquisas domiciliares, ficou evidente que as estimativas anteriores haviam subestimado significativamente a ocorrência de mortes de recém-nascidos. A taxa global de mortalidade neonatal caiu em 25% entre 1989 e 2000, mas a uma taxa de redução muito mais lenta do que a taxa geral de mortalidade de menores de 5 anos, que teve uma queda de um terço. Como consequência, em comparação com anos anteriores, as mortes neonatais constituem atualmente uma proporção muito mais alta de mortes de menores de 5 anos. Em particular, as mortes

ocorridas na primeira semana de vida aumentaram de 23% do total de mortes de menores de 5 anos, em 1980, para 28%, em 2000.¹⁰

Em parte, a proporção crescente de mortes neonatais reflete dois fatores básicos: a dificuldade de levar atendimento neonatal eficaz a tempo para muitos bebês que nascem em casa, e o sucesso de muitos países com relação à implementação de intervenções como imunização, que reduziram acentuadamente o número de mortes no período pós-natal nos países em desenvolvimento como um todo. Em parte, essas condições levaram a um certo descaso com relação a intervenções de sobrevivência neonatal simples e com boa relação custo/benefício. Assim sendo, a redução do número de mortes neonatais passou a ser um componente importante de novos paradigmas e estratégias referentes à redução das taxas de mortalidade infantil e ao cumprimento do quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio.

Padrões regionais de morte neonatal estão estreitamente correlacionados com padrões de morte materna. Como previsível, as taxas mais baixas são encontradas em países industrializados, nos quais a taxa de mortalidade neonatal em 2004 foi de apenas três por mil nascidos vivos. Naquele ano, as taxas de mortalidade neonatal mais elevadas foram encontradas na Ásia Meridional (41 por mil nascidos vivos) e na África Ocidental e Central (45 por mil nascidos vivos). Devido a um maior número de nascimentos, a Ásia Meridional registra o maior número de mortes neonatais entre todas as regiões do mundo.¹¹

Principais causas de mortalidade e morbidade materna e neonatal

Mortalidade materna

Causas diretas

O momento em que ocorrem e as causas das mortes maternas são bem conhecidos. Em sua maioria, as mortes maternas ocorrem entre o terceiro

As estimativas mais recentes produzidas pelo grupo interagências da ONU sugerem que, em 2005, 536 mil mulheres morreram devido a complicações relacionadas à gravidez e ao parto.

trimestre de gravidez e a primeira semana após o parto (com exceção das mortes devidas a complicações relacionadas a abortos). Os estudos mostram que os riscos de morte para as mães são particularmente elevados nos dois dias que se seguem ao parto. A maioria das mortes maternas está relacionada a complicações obstétricas – entre as quais hemorragia pós-parto, infecções, eclâmpsia e trabalho de parto prolongado ou obstruído – e complicações decorrentes de aborto. Na maior parte, as causas diretas de mortalidade materna podem ser prontamente enfrentadas se houver atendimento por pessoal de saúde capacitado, que tenha à sua disposição medicamentos, equipamentos e instalações de referência essenciais.¹² (Para outros detalhes sobre complicações no momento do parto e cuidados obstétricos emergenciais, ver Capítulo 3).

Causas indiretas

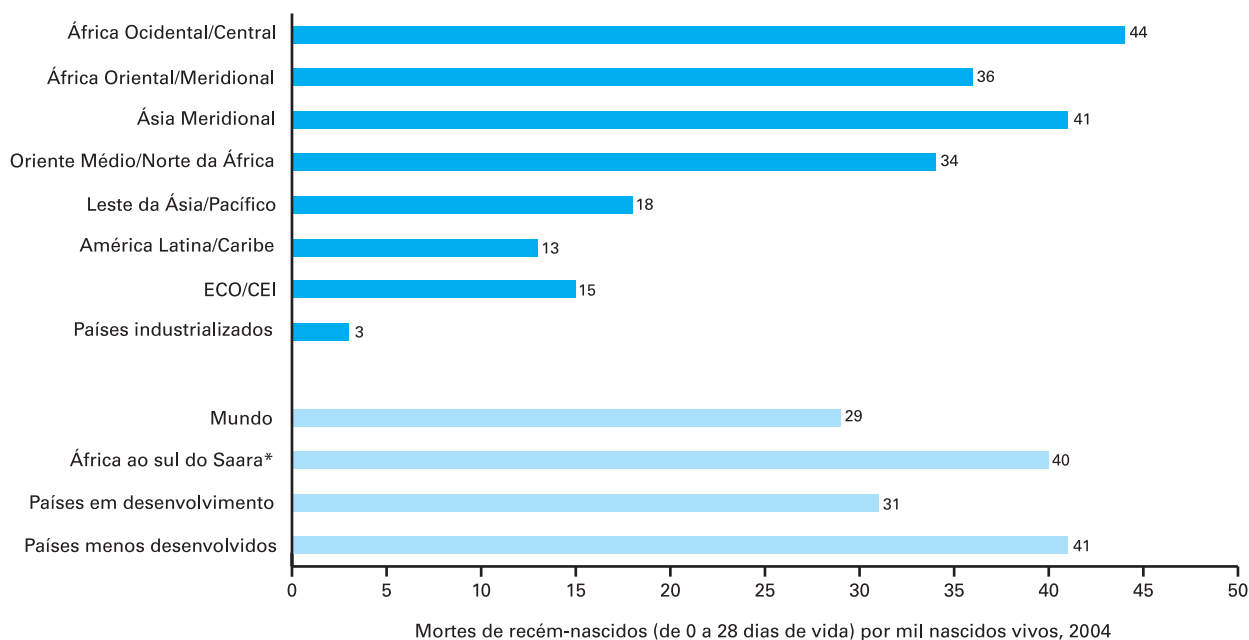
Muitos dos fatores que contribuem para o risco de morte materna não são exclusivos da gestação, mas podem ser exacerbados pela gravidez e pelo parto. É difícil atribuir essas causas à gravidez devido à precária capacidade de diagnóstico dos sistemas de informação sobre saúde em muitos países. Mesmo assim, avaliar as causas indiretas de mortes maternas ajuda a determinar as estratégias de intervenção mais adequadas para a saúde da mãe e da criança. Frequentemente, a colaboração entre programas voltados a condições específicas – tais como programas para a malária e a aids – e iniciativas voltadas à saúde materna pode ser a maneira mais eficaz para enfrentar algumas das causas indiretas, inclusive aquelas altamente evitáveis ou tratáveis, como a anemia.¹³

A anemia afeta cerca de 50% de todas as mulheres grávidas. Adolescentes grávidas são mais propensas a desenvolver anemia do que mulheres mais velhas, e normalmente recebem menos cuidados. Doenças infecciosas – como a malária, que afeta anualmente 50 milhões de gestantes que vivem em países nos quais essa doença é endêmica – e parasitas intestinais podem agravar a anemia. Todas as dietas de baixa qualidade também podem exacerbar a anemia, aumentando a vulnerabilidade à morte materna. A anemia grave contribui para o risco de morte em casos de hemorragia.¹⁴

A anemia pode ser tratada com bastante eficiência por meio de suplementação de ferro, oferecida em programas de saúde materna. No entanto, em alguns países em desenvolvimento, essa intervenção

Figura 1.4

Taxas regionais de mortalidade neonatal



*África ao sul do Saara compreende as regiões da África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, utilizando sistemas de registros de nascimento e pesquisas domiciliares.

Criando um ambiente de apoio para mães e recém-nascidos

Por S. M. Rainha Rania Al Abdullah, da Jordânia, Defensora Eminente do UNICEF para as Crianças*

Em 1631, uma linda imperatriz – Mumtaz Mahal – faleceu durante o trabalho de parto de seu 14º filho. Dominado pela dor, seu marido construiu um monumento em sua homenagem: o Taj Mahal, hoje uma das construções mais conhecidas em todo o mundo.

No entanto, embora domos e pináculos do Taj Mahal sejam instantaneamente reconhecidos, no mundo todo muito poucos conhecem a tragédia que inspirou sua criação.

Cerca de 400 anos após Mumtaz Mahal ter perdido a vida durante um parto, a cada minuto, a cada dia, ainda ocorre uma morte devida a causas relacionadas à gravidez ou ao parto – mais de 500 mil mulheres por ano, 10 milhões por geração. Em nossa época de avanços modernos e milagres da medicina, como é possível que ainda não sejamos capazes de proteger as mulheres, que são as responsáveis pela perpetuação da própria raça humana?

Obviamente, a resposta reside no fato de que, apesar dos imensos esforços realizados pela saúde pública, os benefícios não são partilhados de forma igualitária, tanto entre países como entre áreas geográficas e grupos sociais dentro dos países. Embora as causas de complicações durante a gestação e o parto sejam as mesmas no mundo todo, suas consequências variam significativamente entre os países e entre as regiões. Atualmente, na Suécia, o risco de uma jovem morrer devido a causas relacionadas à gestação é de uma em 17.400. Em Serra Leoa, esse risco sobe vertiginosamente para uma em oito.

E para cada mulher que morre, outras 20 sobrevivem com infecções ou lesões graves. Estima-se em 75 mil o número de mulheres que anualmente são vítimas de fístula obstétrica, uma condição física e psicologicamente devastadora, que pode resultar em exclusão social.

O ônus para a vida das mulheres é imenso. Mas não são elas as únicas a sofrer. Como afirmou um grupo de especialistas durante uma conferência global sobre saúde da mulher, realizada em 2007: “Na plenitude de sua vida reprodutiva, as mulheres ‘dão à luz’ para suas sociedades de diversas formas: gestam e educam a geração seguinte e têm um papel fundamental para o progresso como trabalhadoras, líderes e ativistas.” Quando a vida das mulheres é ceifada ou quando elas ficam incapacitadas em consequência de gestação ou de parto, a tragédia desenrola-se. Crianças perdem uma progenitora. Maridos perdem uma parceira. E as sociedades perdem colaboradoras produtivas.

Nosso mundo não pode se permitir manter o sacrifício de tantas pessoas e de tanto potencial. Sabemos o que é preciso para evitar e tratar a grande maioria das dificuldades relacionadas à gestação, desde eclâmpsia e hemorragias até sépsis, obstrução de parto e anemia. De fato, o Banco Mundial estima que intervenções básicas, tais como atendimento pré-natal, parto assistido por agentes de saúde especializados e tratamento emergencial acessível para mulheres e recém-nascidos, podem evitar aproximadamente 75% das mortes maternas.

No entanto, a ampliação das intervenções médicas é apenas parte das melhorias em relação à saúde materna e neonatal. Fundamentalmente, precisamos estimular o aumento do poder da mulher em todas as partes do mundo. É importante considerar que, em um século cada vez mais definido pela tecnologia da informação, ainda não dispomos de dados precisos em relação ao número anual de mulheres que morrem durante o parto. Por que as mortes maternas são contabilizadas

apenas parcialmente? Um motivo possível é que, em muitos lugares, a vida da mulher não é plenamente considerada.

Enquanto as mulheres permanecerem em situação de desvantagem em suas sociedades, a saúde materna e neonatal também sofrerá. No entanto, se pudermos dar maior poder à mulher, com ferramentas que lhe permitam assumir o controle de sua vida, estaremos criando um ambiente de maior apoio tanto para as mulheres como para suas crianças.

O aumento do poder começa com educação, o melhor investimento de desenvolvimento que fazemos – desde garantir que meninas e meninos consigam frequentar a escola primária até ensinar as mães a escrever e ler, e fornecer educação em saúde pública. Embora ainda haja muito a ser feito, muitos países começam a caminhar nessa direção. Na Jordânia, por exemplo, estudantes de enfermagem da Universidade da Jordânia trabalham como voluntários na educação de meninas em escolas públicas, ministrando aulas sobre questões relacionadas à saúde da mulher.

Muitos estudos mostram que mulheres instruídas estão mais bem-equipadas para gerar renda e apoiar suas famílias, têm maior probabilidade de investir em cuidados de saúde, nutrição e educação para suas crianças, e estão mais inclinadas a participar da vida civil e defender melhorias para suas comunidades.

Mães instruídas também têm maior probabilidade de buscar cuidados de saúde adequados para si próprias; de acordo com o *Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2007 (2007 Millenium Development Goals Report)*, “84% das mulheres que concluíram a educação secundária ou superior são atendidas por agentes de saúde especializados durante o parto, taxa duas vezes maior do que aquela para mães sem educação formal.”

A probabilidade de sobreviver até no mínimo os 5 anos de idade é 50% maior no caso de crianças cujas mães são instruídas do que no caso de crianças cujas mães não receberam ou não concluíram a escolarização. Para as meninas, em particular, a educação pode fazer a diferença entre esperança e desespero. Pesquisas mostram que jovens que concluem a escola primária têm menor probabilidade de ser infectadas por HIV em comparação àquelas que não conseguiram chegar ao final desse ciclo educacional.

Meninas que receberam educação também tendem a postergar o casamento e correm menor risco de engravidar muito cedo, reduzindo o risco de morrer durante o parto enquanto ainda são crianças. À medida que continuam com sua educação, as meninas aumentam seu potencial de geração de renda, o que lhes possibilita romper os grilhões da pobreza que, com muita frequência, são passados de geração para geração.

Objetivamente, mudar a trajetória das meninas pode mudar o futuro. E quando essas meninas tornarem-se mulheres que optam por ser mães, hão de considerar a gravidez e o parto como algo a ser celebrado, e não temido.

Ver Referências, página 107.

* Sua Majestade Rainha Rania al Abdullah, da Jordânia, é Defensora Eminente do UNICEF para as Crianças e uma incansável advogada mundial em favor da proteção da criança, do desenvolvimento na primeira infância, da paridade de gênero na educação e do aumento do poder da mulher.

ainda é insuficiente com relação tanto à cobertura quanto à eficácia, principalmente porque o acesso a cuidados básicos de saúde é limitado e, mais especificamente, devido à baixa qualidade dos cuidados e do apoio no período pré-natal. Indícios animadores revelam que os esforços empreendidos para enfrentar a anemia por meio do enriquecimento de alimentos básicos, tais como a farinha, vêm-se acelerando em nível nacional em diversos países em desenvolvimento.¹⁵

A deficiência de iodo que afeta as mulheres durante a gestação está associada a maior incidência de natimortos, abortos e anomalias congênitas. Esses riscos podem ser reduzidos e evitados se for garantida às mulheres uma condição ótima de dosagem de iodo antes e durante a gravidez. A iodatação universal do sal e, em alguns casos, a suplementação de iodo são essenciais para garantir um nível ideal de ingestão de iodo durante a gravidez e a infância.¹⁶

A malária é outra doença que coloca em risco a vida das mães e dos bebês. Em áreas onde a malária é endêmica, a doença é responsável por cerca de 25% dos casos de anemia materna grave, aumenta o risco de parto de natimortos e de abortos e contribui para a ocorrência de baixo peso ao nascer e de mortes neonatais. Assim sendo, a prevenção da malária por meio do uso de mosquiteiros tratados com inseticida é vital para reduzir seu impacto sobre gestantes e recém-nascidos. Além disso, o tratamento da malária de maneira preventiva e intermitente para gestantes no segundo e no terceiro trimestres da gravidez vem sendo cada vez mais utilizado na África ao sul do Saara para prevenir a anemia e a malária placentária.¹⁷

É difícil avaliar com precisão a influência do HIV e da aids na ocorrência de mortes maternas: apesar da expansão dos programas para evitar a transmissão do HIV da mãe para a criança, o *status* de muitas mulheres grávidas com relação ao HIV ainda é desconhecido. HIV e gestação podem interagir de inúmeras maneiras. O vírus pode aumentar o risco de complicações obstétricas, tais como hemorragia, sépsis e complicações decorrentes de cirurgia cesariana. Por outro lado, a gravidez pode aumentar o risco de doenças relacionadas ao HIV, tais como anemia e tuberculose, ou pode acelerar a evolução do HIV. As constatações de pesquisas em andamento são apenas indicativas, e não conclusivas, e novas pesquisas serão necessárias para determinar o nível de causalidade de parte a parte. Acredita-se que, em países com alta prevalência de HIV, a epidemia de aids possa ter revertido avanços anteriores nos índices de mortalidade materna. O que admite uma avaliação mais segura, ao menos em parte, é o número identificado de mulheres vivendo com HIV que deram à luz: em 2006, cerca de 1,5 milhão em 108 países de baixa e média renda.

Os esforços para enfrentar a epidemia de aids e seu impacto sobre a saúde da mãe e do bebê vêm sendo intensificados em quatro áreas fundamentais: prevenção de infecção entre adolescentes e jovens; tratamento anti-retroviral para mulheres e mães HIV positivo que precisam dessa terapia; prevenção da transmissão da mãe para a criança; e tratamento pediátrico de HIV. Avanços vêm ocorrendo nessas quatro áreas, com resultados animadores. Por exemplo, nos países de baixa e média renda, a cobertura de profilaxia anti-retroviral para mães HIV positivo, para evitar a transmissão da mãe para

a criança, aumentou de 10% das gestantes infectadas, em 2004, para 33%, em 2007. Apesar desse progresso significativo, muito ainda precisa ser feito para garantir às mulheres as intervenções necessárias para a prevenção, os cuidados e o tratamento terapêutico do HIV – inclusive realização de teste e orientação, e serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, além de medicamentos.¹⁸

Embora as consequências de infecção conjunta por HIV e parasitas da malária não sejam plenamente compreendidas, as evidências disponíveis sugerem que as infecções atuam de maneira sinérgica, e levam a consequências adversas. Evidências recentes indicam que mulheres HIV positivo que têm malária placentária têm maior probabilidade de dar à luz bebês com baixo peso. As pesquisas sugerem também que bebês com baixo peso são mais suscetíveis a infecções por HIV, como consequência da transmissão do vírus entre a mãe e a criança, do que bebês com peso normal. O tratamento anti-retroviral para mulheres e crianças HIV positivo e a utilização de mosquiteiros tratados com inseticida podem reduzir ainda mais o risco de malária.¹⁹ (*Para outros detalhes sobre infecção conjunta por HIV e malária, ver Destaque no Capítulo 3, página 63*).

Para cada mulher que morre devido a complicações relacionadas à gravidez, cerca de outras 20 sobrevivem com lesões, infecções e incapacitações – aproximadamente 10 milhões de mulheres a cada ano. A fístula obstétrica é uma das condições mais angustiantes: ocorre quando o tecido do canal do parto é lesado devido à pressão prolongada exercida pela cabeça do bebê durante um trabalho de parto demorado e problemático.



Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida ajuda a proteger recém-nascidos e bebês contra doenças, reduzir os riscos de morte e estimular o desenvolvimento saudável da criança. Em Istambul, Turquia, mulher amamenta seu recém-nascido na Uskudar Ana ve Cocuk Sagligi Klinigi, clínica administrada pelo Ministério da Saúde.

No período que se segue ao parto, abrem-se buracos e ocorre um vazamento que tem origem na bexiga e/ou no reto e que entra na vagina. A fístula pode ser tratada facilmente por agentes de saúde com habilidades cirúrgicas adequadas. No entanto, das 75 mil mulheres que, segundo estimativas, sofrem dessa condição a cada ano, muitas nunca recebem tratamento. Pelo contrário: elas não só precisam lidar com o desconforto físico e o desgaste emocional da condição como também correm o risco de ser marginalizadas por seus maridos e suas famílias.

Outra condição debilitante é o prolapso uterino, que ocorre quando os músculos, os ligamentos e o tecido que sustentam a estrutura pélvica sofrem um relaxamento, causando a queda do útero dentro do canal vaginal. Mobilidade reduzida, dores crônicas nas costas e incontinência urinária são três consequências do prolapso, que, em casos graves, também podem impedir que a mulher desempenhe atividades domésticas e outras tarefas rotineiras. Diversos fatores podem causar prolapso uterino, entre os quais trabalho de parto prolongado, parto difícil, gestações frequentes, cuidados obstétricos inadequados e trabalho de parto manual violento.

Outras formas de morbidade materna incluem anemia, infertilidade, infecção crônica, depressão e incontinência – todas elas podendo levar a problemas domésticos, entre os quais abuso físico e psicológico, dissolução da família e exclusão social.²⁰

Mortalidade neonatal

Cerca de 86% das mortes de recém-nascidos em todo o mundo resultam diretamente de três causas principais: infecções graves – inclusive sépsis/pneumonia, tétano e diarreia –, asfixia e parto prematuro. Estima-se que as infecções graves sejam responsáveis por 36% de todas as mortes de recém-nascidos. Podem ocorrer a qualquer momento durante o primeiro mês de vida, e são a principal causa de morte após a primeira semana de vida. Evidentemente, práticas de parto higiênicas são importantes para a prevenção de infecções, mas infecções maternas também precisam ser identificadas e tratadas durante a gravidez. Infecções de recém-nascidos devem ser identificadas e tratadas o mais rapidamente possível após o parto.

A asfixia (dificuldade de respirar após o parto) é a causa de 23% das mortes de recém-nascidos, e sua ocorrência pode ser significativamente reduzida por meio de melhores cuidados durante o trabalho de parto e no momento do nascimento. Essa condição pode ser minorada por um agente de saúde capacitado, que seja capaz de detectar seus sinais e ressuscitar o recém-nascido. O parto prematuro (parto a menos de 37 semanas de gestação) é a causa direta de 27% das mortes de recém-nascidos. Bebês prematuros têm maior dificuldade para receber alimentação, manter a temperatura corporal em nível normal e vencer infecções do que bebês que nascem depois do período de gestação completo. A prevenção da

Complicações relacionadas à gravidez e ao parto são as principais causas de mortalidade de meninas entre 15 e 19 anos de idade, respondendo por 70 mil mortes a cada ano.

malária em gestantes pode ter impacto positivo sobre a incidência de partos prematuros em áreas onde a malária é um problema endêmico.²¹

Segundo as estimativas internacionais mais recentes, que cobrem o período de 2000 a 2007, 15% de todos os bebês nascem com baixo peso (definido como bebês pesando menos de 2,5kg ao nascer). O baixo peso ao nascer, que é causado por parto prematuro ou por restrição de crescimento intra-uterino, constitui um fator subjacente em 60% a 80% das mortes neonatais. A maioria desses casos ocorre principalmente na Ásia Meridional, e também na África ao sul do Saara, as regiões que registram as mais altas taxas de subnutrição em meio a meninas e mulheres. A subnutrição materna está relacionada à maior incidência de bebês com baixo peso ao nascer.²²

A restrição de crescimento intra-uterino, que se refere à restrição do crescimento do feto durante a gestação, representa um risco importante de morte perinatal. Tal como o baixo peso ao nascer, essa condição está associada a subnutrição e

saúde precária da mãe, entre outros fatores. Com a correta identificação e os cuidados adequados – inclusive tratamento precoce de doenças maternas e boa nutrição –, essa condição pode ser contida e não levará necessariamente a consequências duradouras.²³

A natureza intergeracional da solução da restrição de crescimento intra-uterino demonstra que melhores condições de saúde para a mãe e o bebê não representam apenas uma questão prática de colocar à disposição serviços de saúde materna de melhor qualidade e mais abrangentes: envolvem também o enfrentamento da negligência com relação a direitos básicos da mulher em muitas sociedades.

Além da nutrição adequada para as mulheres, o espaçamento entre os partos também é um aspecto fundamental para evitar partos prematuros, bebês com baixo peso ao nascer e mortes neonatais. Estudos demonstram que intervalo entre os partos inferior a 24 meses aumenta significativamente esses riscos. É fundamental também que seja garantido

às meninas o acesso a cuidados adequados de nutrição e saúde, desde o nascimento e ao longo da infância, da adolescência e da idade adulta, e durante todos os anos de sua vida fértil.²⁴

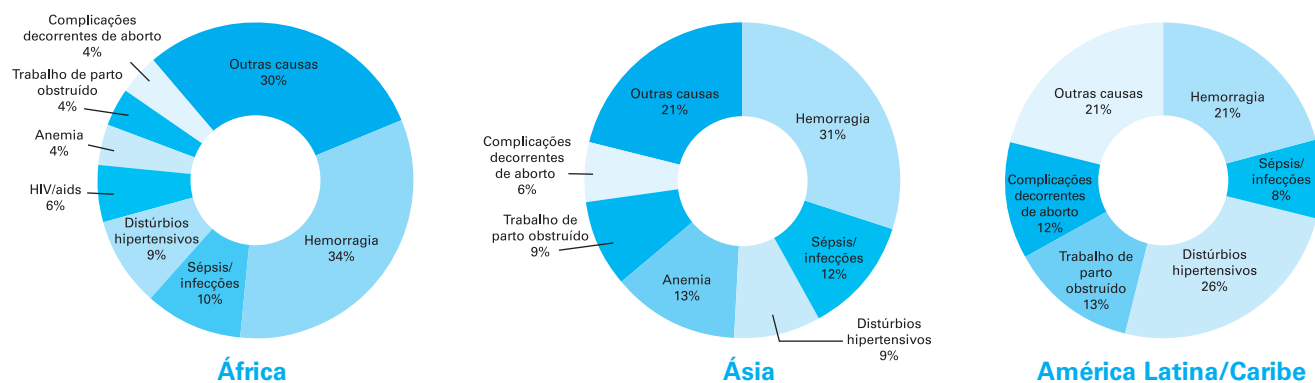
Para cada recém-nascido que morre, outros 20 sofrem devido a lesões no momento do parto, complicações decorrentes de parto prematuro ou outras condições relacionadas ao período neonatal. Por exemplo, mais de um milhão de crianças que a cada ano sobrevivem à asfixia no momento do nascimento acabam sofrendo de deficiências tais como paralisia cerebral ou dificuldades de aprendizagem.²⁵

Causas básicas subjacentes à mortalidade e à morbidade materna e neonatal

Além das causas diretas de mortalidade e morbidade materna e neonatal, inúmeros outros fatores nos níveis da família, da comunidade e do distrito também contribuem para comprometer a saúde e a sobrevivência das mães e dos recém-nascidos. Entre esses fatores estão educação precária e falta de

Figura 1.5

Causas diretas de morte materna, 1997-2002*



* Os dados referem-se ao ano mais recente disponível durante o período especificado. Devido a arredondamentos, é possível que as porcentagens não totalizem 100%.

Fonte: Khan, Khalid *et al.* WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review. *The Lancet*, v. 367, n. 9516, 1º de abril de 2006, p. 1069.

Para cada mulher que morre por complicações relacionadas à gravidez, outras 20 sofrem devido a lesões, infecções e incapacitações – cerca de 10 milhões de mulheres a cada ano

conhecimentos; procedimentos inadequados de busca de cuidados e de práticas de saúde para o atendimento de mães e de recém-nascidos; acesso insuficiente a alimentos nutritivos e a micronutrientes essenciais; instalações de saúde ambientalmente precárias; serviços inadequados de cuidados básicos de saúde e acesso limitado a serviços de maternidade – inclusive cuidados emergenciais obstétricos e para o recém-nascido. Existem ainda fatores básicos, tais como pobreza, exclusão social e discriminação de gênero, que estão envolvidos nas causas diretas e subjacentes de mortalidade e morbidade materna e neonatal. (Ver uma descrição mais detalhada da forma como esses fatores interagem na Figura 1.7, página 17).

A restrição que muitas mulheres enfrentam no acesso a serviços de cuidados de saúde de qualidade é particularmente importante. A saúde materna e o acesso a serviços de qualidade voltados à contracepção e à saúde reprodutiva salvam vidas de mulheres e são também importantes fatores subjacentes à saúde e à

sobrevivência de recém-nascidos. Estudos demonstram que a saúde da mulher ao longo do ciclo de vida – desde a infância, ao longo da adolescência e na vida adulta – é fundamental para a determinação das condições de saúde materna e neonatal. O acesso a instalações institucionais e a pessoal de saúde especializado também constitui fator importante. Não surpreende que países com as mais altas taxas de mortalidade neonatal registrem as taxas mais baixas de atendentes de parto especializados e os números mais baixos de instituições de atendimento à maternidade.²⁶

A pobreza debilita a saúde materna e neonatal de muitas maneiras. Pode aumentar a incidência de causas diretas de mortalidade, tais como infecções e subnutrição da mãe, e desestimula a busca por cuidados ou o acesso a serviços de atendimento de saúde. Pode também comprometer a qualidade dos serviços fornecidos, mesmo quando estão disponíveis. Informações produzidas por 50 Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) entre 1995 e 2002 revelam que,

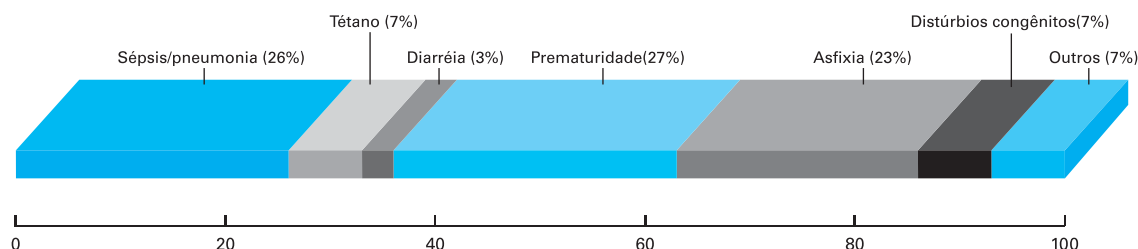
internamente às regiões, as taxas de mortalidade neonatal são cerca de 20% a 50% mais altas em meio à parcela dos 20% mais pobres do que em meio ao quintil mais rico. Níveis semelhantes de desigualdades também são prevalentes para a mortalidade materna.²⁷

A garantia de um contexto social de apoio aos direitos das mulheres e das meninas também é fundamental para a redução da mortalidade e da morbidade de mães e bebês. Sem que os direitos das mulheres e das meninas sejam respeitados no contexto social em que vivem, os esforços para ampliar as intervenções de saúde de modo a enfrentar as causas imediatas de mortes e saúde precária de mães e bebês, e para reduzir os índices de subnutrição materna, conter as doenças infecciosas e melhorar as instalações e as práticas de higiene terão sucesso apenas parcial. Como mostra o Capítulo 2, a expansão da oferta de serviços pode resultar insuficiente caso seja negado às mulheres e às meninas o acesso a bens ou serviços essenciais em função de impedimentos de ordem cultural, social ou familiar.

Figura 1.6

Causas diretas de morte neonatal, 2000*

Baixo peso, que está relacionado com desnutrição materna, é um fator causal em 60%-80% das mortes de recém-nascidos.



* Devido a arredondamentos, é possível que as porcentagens não totalizem 100%.

Fonte: Lawn, Joy E., Simon Cousens e Jelka Zupan. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why?. *The Lancet*, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 895.

Acelerando os progressos com relação à saúde da mãe e do recém-nascido

Muitos dos fatores causais responsáveis pela mortalidade e pela morbidade materna e neonatal são bem conhecidos e inter-relacionados, como ilustra a estrutura conceitual apresentada na Figura 1.7. Embora ainda existam muitas falhas em nosso conhecimento sobre a extensão e as causas das mortes maternas e de recém-nascidos, o que sabemos é sem dúvida suficiente para que implementemos intervenções que podem salvar milhões de vidas. Os principais métodos de redução da mortalidade e da morbidade materna e de recém-nascidos já estão claramente estabelecidos e compreendidos. Incluem:

- Promoção do acesso a serviços de planejamento familiar, com base em políticas nacionais individuais.
- Atendimento pré-natal de qualidade, oferecendo um pacote abrangente de serviços de saúde e nutrição.
- Prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança, e oferta de tratamento anti-retroviral para mulheres elegíveis.
- Intervenções preventivas e curativas básicas, incluindo imunização contra tétano neonatal para mulheres grávidas, imunização de rotina, distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida e sais de reidratação oral, entre outras.
- Acesso à água e instalações de saneamento de qualidade, e adoção



Aprimorar os serviços de atendimento à maternidade é fundamental para melhorar a saúde e a sobrevivência da mãe e do recém-nascido. Na Jamaica, atendente de saúde examina um bebê de seis semanas durante um check-up em um centro de saúde comunitário.

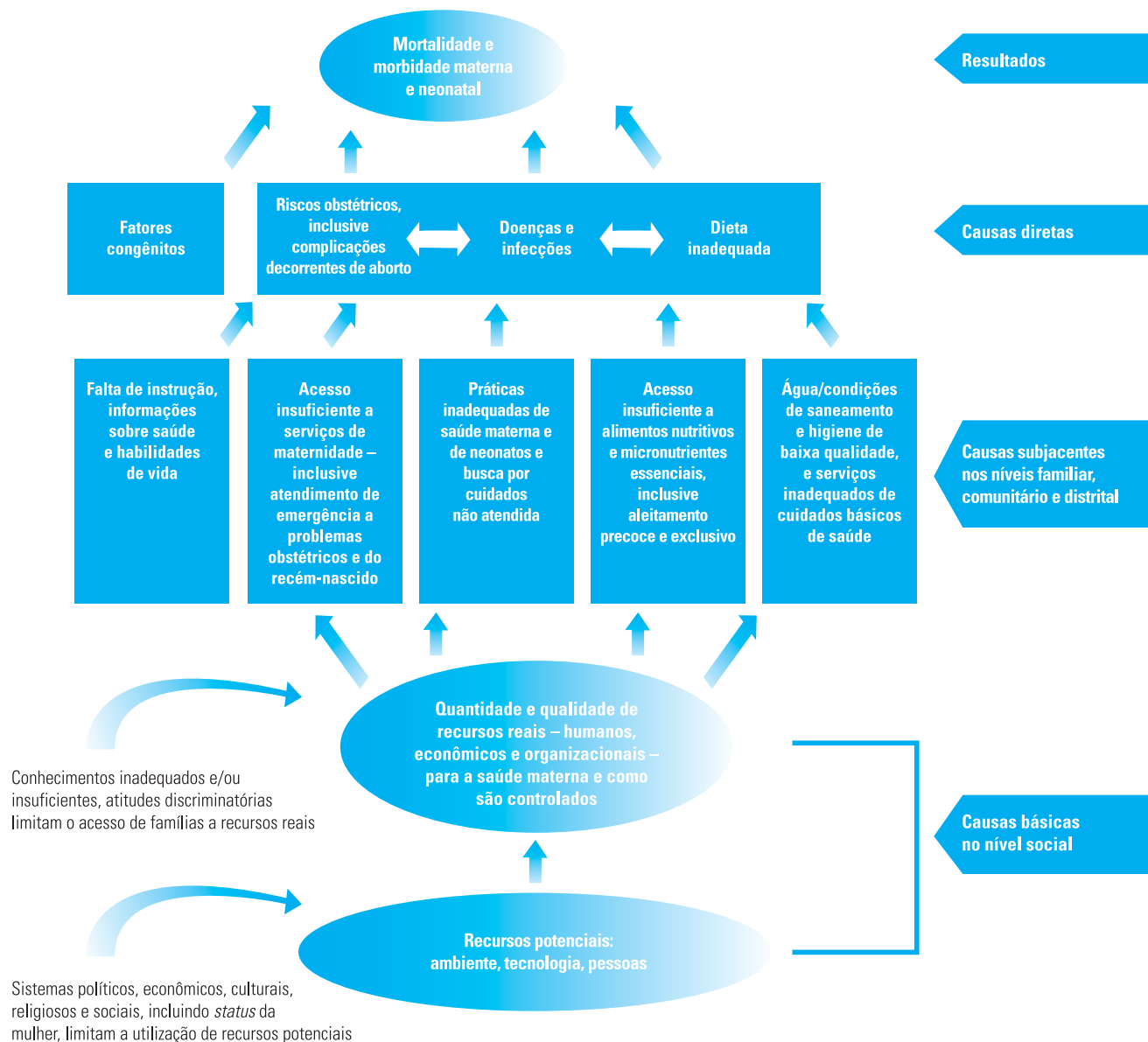
- de melhores práticas de higiene, especialmente no momento do parto. A disponibilidade de água limpa para beber e para a higiene é uma condição essencial para um parto seguro.
- No momento do parto, acesso a pessoal de saúde especializado – um médico, um enfermeiro ou uma parteira.
- Atendimento obstétrico de emergência básico à disposição, em pelo menos quatro centros de saúde para cada 500 mil habitantes – adaptado às condições de cada país –, para mulheres que enfrentam algum tipo de complicação.
- Atendimento obstétrico de emergência abrangente em pelo menos um centro de saúde em cada distrito, ou um para cada 500 mil habitantes.
- Uma visita pós-natal para cada mulher e cada bebê o mais cedo possível após o parto – em condições ideais, dentro de 24 horas –, com visitas adicionais até o final da primeira semana e a cada quatro a seis semanas.
- Conhecimento e habilidades de vida para que as gestantes e as famílias identifiquem sinais de perigo para a saúde da mãe e do recém-nascido, e para que conheçam os sistemas de referência para encaminhamento.
- Orientação sobre nutrição materna e suplementação, quando necessário, como parte dos cuidados de rotina nos períodos pré-natal, pós-natal e neonatal.
- Cuidados essenciais para todos os recém-nascidos, inclusive iniciação do aleitamento materno dentro da primeira hora de vida, aleitamento materno exclusivo, controle de infecções, garantia de ambiente aquecido e postergação de banho durante as primeiras 24 horas após o nascimento.
- Cuidados adicionais no caso de bebês pequenos, partos múltiplos e anomalias congênitas graves.
- Gerenciamento Integrado de Doenças Neonatais e Infantis, ou um sistema equivalente, em instalações de saúde que forneçam atendimento para mulheres e crianças.²⁸

O ônus das mortes neonatais também é alto, uma vez que a cada ano quase quatro milhões de recém-nascidos morrem nos primeiros 28 dias de vida.

Figura 1.7

Estrutura conceitual para mortalidade e morbidade maternal e neonatal

Esta estrutura conceitual sobre as causas de mortes maternas e de neonatos indica que resultados de saúde são determinados por fatores inter-relacionados que englobam nutrição, água limpa, saneamento e higiene, serviços de cuidados de saúde e comportamentos saudáveis, assim com controle de doenças, entre outros. Esses fatores são definidos como causa imediata (individual), causa subjacente (familiar, comunitária e distrital) e causa básica (social). Os fatores de um nível influenciam outros níveis. A estrutura foi desenvolvida para ser utilizada na avaliação e na análise das causas de mortalidade e de morbidade materna e neonatal, e no planejamento de ações eficazes para melhorar a saúde de mães e de recém-nascidos.



Fonte: UNICEF.

A probabilidade de morrer durante os primeiros 28 dias de vida no caso de uma criança nascida em um país menos desenvolvido é quase 14 vezes maior do que no caso de uma criança nascida em um país industrializado.

No entanto, é crescente o entendimento de que, para que essas intervenções sejam eficazes, devem ser oferecidos serviços essenciais em momentos críticos do ciclo de vida, por meio de sistemas de saúde dinâmicos que integrem um *continuum* de cuidados baseados no lar e na comunidade, ampliados para atendimento externo, e disponíveis em centros de saúde. Esse conceito de um *continuum* de cuidados para a saúde materna, neonatal e infantil vem crescendo nos últimos anos, a partir do reconhecimento de que uma abordagem integrada rende maiores dividendos do que uma miríade de iniciativas isoladas. Entretanto, o *continuum* deve existir em um ambiente de apoio que garanta os direitos da mulher e dê prioridade à saúde da mãe e do recém-nascido. O Capítulo 2 explora os elementos necessários para criar e manter esse ambiente.

Entre os elementos mais vitais no *continuum* de cuidados está a presença de profissionais especializados ao longo de toda a gravidez, no momento do parto, no período pós-parto e atendimento neonatal, apoiado pelo encaminhamento a instalações de referência adequadamente atendidas por pessoal qualificado e equipadas para o atendimento de emergências. Nos países em desenvolvimento, o papel emergente de provedores como enfermeiros e parteiras, para a ampliação do acesso a atendimento obstétrico de emergência, também vem revelando um potencial promissor.

Em especial, uma vez que os riscos de morte materna e neonatal são mais acentuados durante as primeiras 24 a 48 horas após o parto, o atendimento pós-natal deve ser urgentemente ampliado nesse período, e deve ser atribuída maior ênfase às visitas de acompanhamento aos bebês e às mães. Visitas realizadas imediatamente após o

nascimento são fundamentais para mães “de primeira viagem”, que podem correr maior risco de morte e morbidez por até um ano após o parto. No entanto, esse atendimento normalmente não é possível, uma vez que os serviços para mães e bebês são extremamente raros nos países e nas comunidades mais pobres, onde ocorre a maior parte das mortes.

Particularmente na África ao sul do Saara, fatores como distância, migração, urbanização, conflitos armados, doenças e falta de investimento em saúde pública levaram à grave escassez de profissionais especializados na área da saúde.

Mulheres e recém-nascidos que vivem em Estados fragilizados – países em que as políticas institucionais são fracas, a governança é precária, que vivem em condições de instabilidade política e onde a lei não se impõe – demandam atenção especial. Frequentemente, esses Estados não dispõem da capacidade institucional e de recursos adequados para oferecer serviços sociais e de infraestrutura básicos, e para oferecer segurança a seus cidadãos. Estados fragilizados abrigam cerca de 8% da população mundial, porém respondem por 35% do total de mortes maternas em todo o mundo, e compreendem oito dos dez países com as mais altas taxas de mortalidade materna. Esses países respondem também por 21% das mortes de recém-nascidos no mundo todo, e compreendem nove dos dez países com as taxas mais elevadas de mortalidade neonatal.²⁹

Fortalecer a governança e a aplicação das leis e restaurar a paz e a segurança são ações essenciais para a aceleração dos progressos em direção a melhores condições de saúde materna e neonatal. Doadores e agências internacionais enfrentam também o desafio de ir além de uma resposta

humanitária de curto prazo, estabelecendo a assistência ao desenvolvimento de longo prazo, e garantindo que a saúde da mãe, do recém-nascido e da criança e os direitos da mulher estejam entre as questões fundamentais nas negociações e nos programas que visam à melhoria da governança, à resolução de conflitos e ao fortalecimento das instituições.³⁰

Nos países menos desenvolvidos, os recursos dedicados à saúde materna e neonatal foram insuficientes. Como resultado, foi efetivamente negado aos pobres o acesso a clínicas e hospitais, especialmente em áreas rurais. Essa situação pode ser causada pela ausência desse tipo de equipamento, pela baixa qualidade e pelas condições precárias dos centros de saúde e dos hospitais, pela falta de pessoal de saúde especializado ou pela disponibilidade apenas de pessoal com nível de qualificação muito baixo, ou pela existência de taxas cobradas aos usuários e outros custos que os pobres não podem assumir. O conceito de *continuum* de cuidados refere-se não só às necessidades das mães e das crianças ao longo do tempo, mas também ao acesso crescente a serviços de saúde, por meio da articulação entre as famílias e as comunidades, as clínicas e os hospitais. O Capítulo 3 analisa em maior profundidade como integrar e fortalecer os serviços disponíveis para as mães e os recém-nascidos, e como esses serviços podem ser prestados em momentos cruciais ao longo do ciclo de vida e nos locais mais adequados.

A implementação e a expansão do *continuum* de cuidados para mães, recém-nascidos e crianças demandarão a integração e a ampliação de uma série de ações. O Capítulo 4 analisa os paradigmas, as políticas e os programas fundamentais que vêm conduzindo esse processo.

Saúde materna e neonatal na Nigéria: desenvolvendo estratégias para acelerar os progressos

A Nigéria é o país mais populoso da África, com 148 milhões de habitantes em 2007, dos quais 25 milhões são menores de 5 anos de idade. Registrando quase seis milhões de nascimentos em 2007 – o terceiro maior registro do mundo, atrás apenas de Índia e China – e uma taxa total de fertilidade de 5,4, o crescimento populacional da Nigéria continua acelerado em termos absolutos.

Além de sua população relativamente grande, a Nigéria é conhecida por sua imensa riqueza em petróleo. No entanto, a pobreza é generalizada: de acordo com a edição mais recente do *World Development Indicators 2007*, publicada pelo Banco Mundial, mais de 70% dos nigerianos vivem com menos de US\$1 por dia, comprometendo sua capacidade para arcar com cuidados de saúde.

Pobreza, pressões demográficas e investimento insuficiente em saúde pública, para citar apenas três fatores, aumentam os níveis e as taxas de mortalidade materna e neonatal. As estimativas mais recentes do grupo interagências das Nações Unidas citam a taxa média nacional de mortalidade materna em 2005 de 1.100 mortes por 100 mil nascidos vivos, e o risco de morte materna ao longo da vida de uma em 18. Em termos globais, o ônus causado pela mortalidade materna deve receber grande destaque: aproximadamente uma em cada nove mortes maternas ocorre apenas na Nigéria.

As mulheres que sobrevivem à gestação e ao parto podem enfrentar problemas de saúde comprometedores: estudos sugerem que entre 100 mil e um milhão de mulheres na Nigéria podem estar sofrendo de fístula obstétrica. As mortes de recém-nascidos em 2004 chegaram a 249 mil, de acordo com os números mais recentes divulgado pela Organização Mundial da Saúde: 76% delas ocorreram no período imediatamente após o parto (primeira semana de vida). Instalações de saúde inadequadas, falta de transporte para atendimento institucional, impossibilidade de pagar pelos serviços, e resistência entre algumas populações em relação aos métodos modernos de cuidados de saúde são fatores básicos por trás das altas taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal do país.

São significativas as disparidades em relação a pobreza e saúde entre os inúmeros grupos etnolingüísticos e entre os estados. As taxas de pobreza nas áreas rurais, estimadas em 64% em 2004, são aproximadamente uma vez e meia mais altas do que as taxas nas áreas urbanas (43%). Além disso, a taxa de pobreza na região nordeste, que chega a 67%, é aproximadamente o dobro do nível de 34% registrado na região mais próspera do sudeste.

Baixos níveis educacionais, principalmente entre mulheres, e atitudes e práticas culturais discriminatórias constituem barreiras para a redução das altas taxas de mortalidade materna. Um estudo realizado no Jos University Teaching Hospital, situado na região centro-norte, mostra que cerca de três quartos das mortes maternas registradas em 2005 envolveram mulheres analfabetas. A taxa de mortalidade entre mulheres que não receberam atendimento pré-natal foi aproximadamente 20 vezes mais alta do que entre aquelas que receberam esses cuidados. Dos diversos grupos étnicos representados entre as pacientes, as mulheres de etnia *hausa-fulani* representaram 22% de todos os partos e 44% de todas as mortes. A etnia *hausa-*

fulani representa o maior grupo étnico da região norte da Nigéria e é, portanto, significativamente afetada pelas taxas de pobreza mais altas registradas nessa região.

Atitudes e práticas culturais que discriminam mulheres e meninas contribuem para a mortalidade e a morbidade materna. O casamento infantil e as altas taxas de partos entre adolescentes são comuns em toda a Nigéria, expondo meninas e mulheres em idade reprodutiva a inúmeros riscos para sua saúde.

Devido a essas realidades complexas, desenvolver estratégias para acelerar os progressos em relação à saúde materna e neonatal é um desafio considerável. Entretanto, o governo da Nigéria, associado a parceiros internacionais, vem tentando enfrentá-lo. Em 2007, teve início a implementação de uma Estratégia Integrada de Saúde Materna, Neonatal e Infantil (*IMNCH*) para identificar rapidamente pacotes de intervenções de alto impacto, que incluem suplementação nutricional, imunização, mosquiteiros tratados com inseticida e prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança.

A estratégia deve ser desenvolvida em três fases, com duração de três anos cada uma, e foi elaborada com o modelo de *continuum* de cuidados, para fortalecer o sistema de saúde descentralizado da Nigéria, que funciona nos níveis federal, estadual e local. Na fase inicial, de 2007 a 2009, o foco principal será a identificação e a remoção de gargalos, simultaneamente à distribuição de um pacote básico de serviços, utilizando estratégias baseadas na comunidade e em cuidados familiares. Uma proporção razoável dos gastos será direcionada à terapia combinada baseada em artemisina, para combater a malária entre mulheres, crianças e agentes de saúde recentemente recrutados e capacitados, principalmente nas áreas rurais. Com a melhoria dos cuidados básicos de saúde, antecipa-se que a demanda por serviços clínicos aumentará.

A segunda e a terceira fases da IMNCH colocarão maior ênfase na construção de infra-estrutura de saúde. Ao longo de nove anos, a estratégia visa revitalizar as instalações existentes, construir clínicas e hospitais, e criar incentivos – como salários condicionados, subsídios para a pobreza e bônus baseado em desempenho –, que ajudarão a reter profissionais de saúde capacitados no sistema de saúde da Nigéria.

Caso seja implementada totalmente, e dentro do prazo, a estratégia IMNCH pode melhorar significativamente a saúde materna e neonatal. Acompanhando esse pacote, o país aprovou recentemente o Esquema Nacional de Seguro de Saúde, que integra os setores público e privado, visando colocar os serviços de saúde ao alcance dos nigerianos. Caso o governo aprove a Lei Nacional sobre Saúde, atualmente no Legislativo, será disponibilizada uma linha de financiamento direto para cuidados primários de saúde. Essas melhorias do sistema de saúde têm o potencial de estabelecer uma nova trajetória para o quarto e o quinto Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na maior nação africana.

Ver Referências, página 107.

Para cada recém-nascido que morre, outros 20 sofrem devido a lesões no momento do parto, complicações decorrentes de parto prematuro ou outras condições relacionadas ao período neonatal.

O capítulo final do relatório *Situação Mundial da Infância 2009* exige uma ação combinada e parcerias fortes e coesas para melhorar as condições de saúde e sobrevivência das mães e dos recém-nascidos. As metas já estão colocadas com clareza – e é evidente também que o mundo, como um todo, está atrasado com relação ao

cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que determina a redução da mortalidade infantil (ODM 4); e mais atrasado ainda com relação à meta de melhoria das condições de saúde materna (ODM 5). Está evidente que os progressos precisam ser significativamente acelerados. As

experiências de muitos países em desenvolvimento, exploradas em profundidade nos próximos capítulos, comprovam que é possível realizar progressos rápidos quando estratégias firmes, compromisso político, recursos adequados e esforços colaborativos são empenhados em apoio à saúde das mães e dos recém-nascidos.

Expandindo o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: acesso universal à saúde reprodutiva até 2015

Em 2005, Chefes de Estado reuniram-se nas Nações Unidas para rever os compromissos assumidos na Declaração do Milênio – documento resultante do Encontro de Cúpula do Milênio, realizado em 2000. Nesse encontro, não só reafirmaram os objetivos de desenvolvimento elaborados em 2000, e desde então conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), como também acrescentaram quatro novas metas em apoio aos objetivos.

Um dos principais desafios da configuração dos ODM é a inclusão de uma meta específica sobre saúde reprodutiva: quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, Meta B, que procura “Alcançar até 2015 acesso universal à saúde reprodutiva”. Essa nova meta situa-se dentro do objetivo abrangente de melhorar a saúde materna, e complementa sua meta original e os indicadores associados. Os indicadores selecionados para acompanhar os progressos em direção ao ODM 5, Meta B, são os seguintes:

Taxa de prevalência de anticoncepcionais – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que vivem em união e que atualmente utilizam métodos contraceptivos.

Taxa de partos entre adolescentes – Número anual de partos de mulheres entre 15 e 19 anos de idade por mil mulheres nesse grupo etário. Em outros termos, é referida como taxa de fertilidade em idade específica para mulheres entre 15 e 19 anos de idade.

Cobertura de atendimento pré-natal – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade atendidas pelo menos uma vez durante a gestação por agente de saúde especializado (médicos, enfermeiros ou parteiros), e porcentagem de mulheres atendidas por algum provedor no mínimo quatro vezes.

Necessidades de planejamento familiar não atendidas – Refere-se a mulheres férteis e sexualmente ativas, mas que não estão usando nenhum método anticoncepcional e relatam não desejar mais nenhum filho ou postergar o nascimento de um próximo filho.

O acréscimo da meta de saúde reprodutiva aos ODM reflete um longo processo que associa questões de saúde reprodutiva a desenvolvimento, direitos humanos e equidade de gênero, cujo evento de referência foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994. Desde então, outros eventos importantes – notadamente a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995) e a CIPD+5, Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1999 – confirmaram e ampliaram as recomendações da reunião original da CIPD, incluindo o objetivo de acesso universal a serviços de saúde reprodutiva até 2015.

Ver Referências, página 107.

O Sri Lanka apresenta uma história de sucessos que contraria todas as expectativas. Um país de renda média baixa – em 2006, a renda bruta anual *per capita* do país ficou abaixo de US\$1.500 –, também vivenciou um conflito civil prolongado e a devastação do tsunami do Oceano Índico, em 2004. Mesmo assim, nas últimas décadas, os progressos do país em relação ao desenvolvimento humano, principalmente nas áreas de saúde materna e infantil e educação, vêm revelando histórias de sucesso fundamental entre os países em desenvolvimento. A taxa de mortalidade materna do Sri Lanka diminuiu de 340 por 100 mil nascidos vivos, em 1960, para 43 por 100 mil nascidos vivos, em 2005; e 98% dos partos atualmente são realizados em hospitais. As taxas de atendimento pré-natal (no mínimo uma visita) e de partos atendidos por atendentes especializados chegaram a 99%. Em 2007, o país registrou uma taxa total de fertilidade de 1,9 – em comparação com 3,0 para a região da Ásia Meridional. Esses resultados também causaram um efeito positivo para a sobrevivência infantil: a taxa de mortalidade de menores de 5 anos caiu de 32 por mil nascidos vivos, em 1990, para 21 por mil nascidos vivos, em 2007. Os dados mais recentes disponíveis sugerem que a taxa de mortalidade neonatal também diminuiu, para cerca de 8 por 100 mil nascidos vivos em 2004.

Com relação à educação básica, o Sri Lanka também apresentou desempenho significativo. De acordo com as estimativas internacionais mais recentes, a taxa líquida de matrícula na escola primária chega a mais de 97% para meninas e meninos, enquanto as taxas de alfabetização entre jovens de 15 a 24 anos de idade ficam em 97% para homens e 98% para mulheres. Dados administrativos sugerem que a taxa de conclusão na escola primária é de 100%. Devido à correlação positiva entre educação e sobrevivência materna e infantil, esses resultados refletem investimentos sustentados nas três áreas.

A ação fundamental para os melhoramentos significativos do Sri Lanka em relação à saúde materna foi a expansão de um pacote sinérgico de serviços sociais e de saúde que visam à população pobre. O sistema de saúde do país, que data do final do século 19, visou primeiramente ao provimento universal de melhores cuidados de saúde, melhor saneamento e aprimoramento da gestão de doenças. Subseqüentemente, acrescentou intervenções específicas, visando melhorar a saúde da mulher e da criança. Ao longo dos anos, governos sucessivos seguiram uma abordagem prudente, dando prioridade a serviços de cuidados de saúde dirigidos às mães e aos pobres, simultaneamente gastando recursos econômicos e humanos de maneira racional. As melhorias resultantes para a saúde da mulher são apoiadas e fortalecidas por medidas de aumento do poder da mulher, social e politicamente, por meio de educação, emprego e envolvimento social.

Os antigos registros escritos do Sri Lanka e seu passado colonial dão uma perspectiva única à evolução da saúde materna no país, iniciando com textos médicos dos séculos 9 e 10. A capacitação formal para parteiras foi criada sob o governo colonial britânico em 1879, e o Registro Geral guarda dados sobre mortalidade materna desde 1902. Essa riqueza de informações e conhecimentos

torna possível a avaliação dos resultados de diferentes abordagens à saúde materna ao longo do tempo. Requisitos obrigatórios claros ajudaram na profissionalização de parteiras, e uma política de não responsabilização contribuiu para tornar rotineiros os inquéritos sobre mortes maternas.

Os resultados foram significativos: a mortalidade materna foi reduzida em 50% entre 1947 e 1950. Treze anos mais tarde, as taxas de mortalidade materna foram novamente reduzidas em 50%. Uma vez implementadas as estruturas e redes de saúde, o processo contínuo de desenvolvimento da organização e da gestão clínica permitiu ao Sri Lanka reduzir a taxa de mortalidade materna em 50% a cada seis a 11 anos. Além disso, a taxa de alfabetização de mulheres subiu de 44% para 71% entre 1946 e 1971. As taxas de partos atendidos por agentes especializados e os partos institucionais também aumentaram. A parteira de saúde pública transformou-se em assistente institucional a partos, uma vez que os partos realizados em casa e atendidos por parteiras diminuíram de 9%, em 1970, para apenas 2%, em 1995. No início de 1965, as parteiras também exerceram um papel importante na expansão dos serviços de planejamento familiar providos pelo governo.

O desenvolvimento do sistema de saúde do Sri Lanka há muito se tornou um modelo para outros países em desenvolvimento, demonstrando que o sucesso pode ser alcançado quando estratégias consistentes, recursos suficientes e comprometimento político são aplicados de forma sensata. Apesar dos progressos notáveis em relação à saúde materna e infantil, os desafios permanecem. Recentemente, o país enfrentou uma escassez de profissionais de saúde: de acordo com o *World Health Statistics 2008*, no período entre 2000 e 2006 o país contava com apenas seis médicos e 17 enfermeiros e parteiras por 10 mil habitantes. Além disso, os serviços sofreram deterioração devido a restrições de recursos financeiros, sendo que a parcela do PIB destinada à saúde era de aproximadamente 4% em 2005. Os gastos privados com saúde, em sua maior parte destinados a despesas com manutenção, são responsáveis por mais de 50% do total dos gastos com saúde.

Outro desafio que o Sri Lanka deve enfrentar será a segurança de alimentos, principalmente se os preços globais dos alimentos permanecerem altos. O país ainda registra níveis significativos de subnutrição entre recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade. De acordo com estimativas internacionais recentes, mais de uma em cada cinco crianças nasce com baixo peso, e 23% das crianças menores de 5 anos de idade apresentam baixo peso moderado ou grave. Aumentar o nível do aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses de idade, atualmente em 53%, será vital para sustentar os ganhos na mortalidade neonatal e infantil conseguidos pelo Sri Lanka.

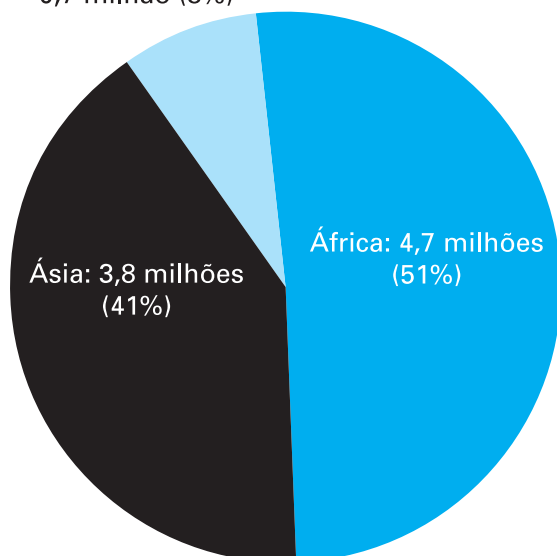
Ver Referências, página 107.

África e Ásia: pontos convergentes dos desafios globais com relação a crianças e mulheres

Os continentes africano e asiático* enfrentam os maiores desafios globais em relação à sobrevivência de crianças e mulheres. Seus progressos em áreas críticas como saúde, nutrição e educação de mães e crianças, entre outras, são fundamentais para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Mortes de crianças menores de 5 anos de idade, 2007

Resto do mundo:
0,7 milhão (8%)



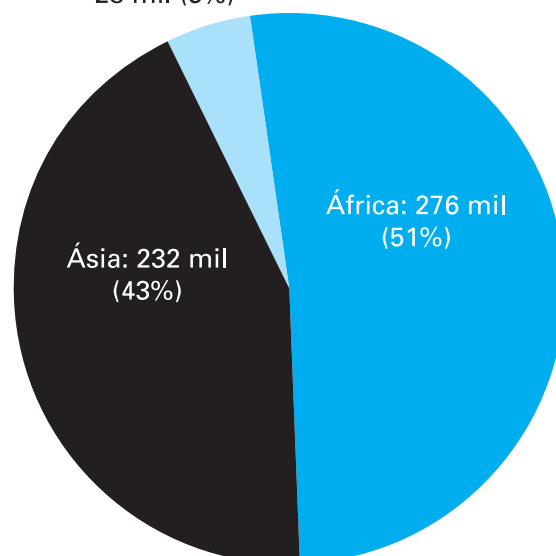
Fonte: Banco de dados globais do UNICEF.

Mortes de crianças menores de 5 anos de idade

- Em 2007, 9,2 milhões de crianças morreram antes de atingir 5 anos de idade. África e Ásia em conjunto são responsáveis por 92% dessas mortes.
- 50% das mortes de menores de 5 anos de idade ocorreram na África, que permanece como o lugar mais difícil do mundo para a sobrevivência de uma criança até os 5 anos de idade.
- Embora desde 1970 a Ásia venha registrando notável redução no número anual de mortes infantis, em 2007 ainda respondia por 41% do número total de mortes de crianças menores de 5 anos de idade.

Mortes maternas, 2005

Resto do mundo:
28 mil (5%)



Fonte: Banco de dados globais do UNICEF.

Mortes maternas

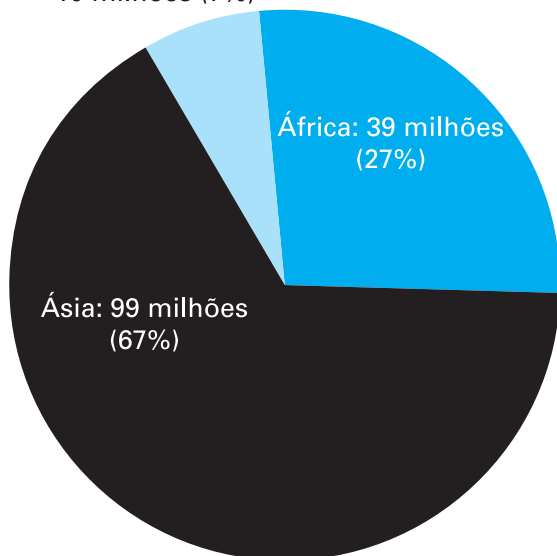
- Em 2005, ano mais recente com estimativas consistentes disponíveis, cerca de 536 mil mulheres morreram devido a causas relacionadas à gestação e ao parto. Quase todas essas mortes maternas (95%) ocorreram na África e na Ásia.
- A África é o continente que registra a mais alta taxa de mortalidade materna, estimada em 820 mortes por 100 mil nascidos vivos, em 2005. A taxa de mortalidade materna na Ásia é de 350 por 100 mil nascidos vivos.
- Na África, o risco de morte materna ao longo da vida é de 1 em 26, quatro vezes mais alto do que na Ásia e mais de 300 vezes superior ao dos países industrializados.

O ônus total das mortes maternas e infantis na África e na Ásia – para cada continente e para os dois continentes combinados – é freqüentemente subestimado, devido à ausência de dados no nível continental para indicadores básicos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Este destaque apresenta um rápido panorama dos indicadores básicos sobre crianças e mães para a África e a Ásia e, em sua totalidade, fornece uma perspectiva complementar para a divisão regional apresentada nas Tabelas Estatísticas, páginas 113-157 deste relatório.

Dados agregados sobre crianças que vivem nesses dois imensos continentes fornecem um quadro completo da imensa importância da realização de progressos rápidos na África e na Ásia, para que os objetivos globais de desenvolvimento sejam alcançados. Entretanto, no esforço para acelerar os progressos no nível continental, não devem ser esquecidas as assustadoras disparidades em relação ao *status* da mulher e da criança e nas taxas de progresso dentro dos países e continentes. A questão das disparidades e desigualdades que afetam as crianças será analisada em maior profundidade em edições futuras do relatório *Situação Mundial da Infância*.

Crianças menores de 5 anos de idade com baixo peso, 2007

Resto do mundo:
10 milhões (7%)



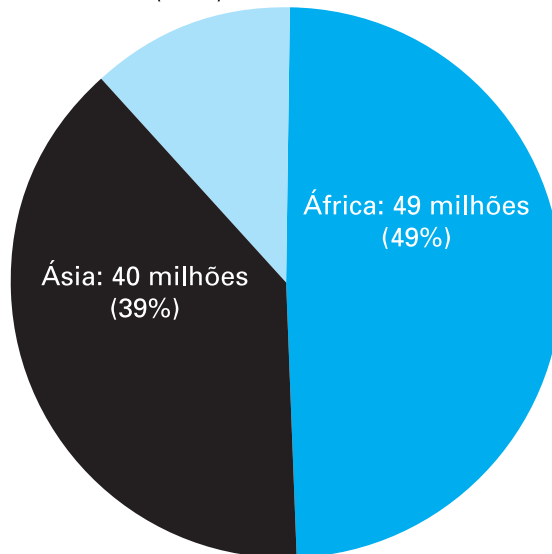
Fonte: Banco de dados globais do UNICEF.

Status nutricional de crianças pequenas

- Em 2007, 148 milhões de crianças menores de 5 anos de idade que vivem nos países em desenvolvimento apresentavam baixo peso em relação à idade.
- Dois terços dessas crianças vivem na Ásia, e pouco mais de 25% delas vivem na África.
- Em conjunto, África e Ásia respondem por 93% de todas as crianças menores de 5 anos de idade com baixo peso no mundo em desenvolvimento.

Crianças em idade escolar fora da escola, 2007

Resto do mundo:
12 milhões (12%)



Fonte: Banco de dados globais do UNICEF.

Educação primária

- Em 2007, 101 milhões de crianças em idade escolar não freqüentavam a escola.
- Quase 50% dessas crianças vivem na África e 39% vivem na Ásia.
- Nas duas regiões, aproximadamente 20% das meninas e 16% dos meninos em idade escolar não estão matriculados ou não freqüentam a escola primária.

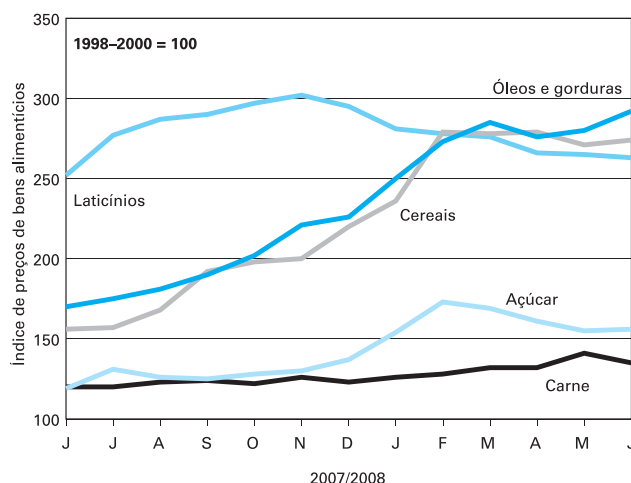
* África inclui todos os estados membros da União Africana. Ásia inclui os países segundo a classificação de regiões do UNICEF: Leste da Ásia e Pacífico e Ásia Meridional. Devido a arredondamentos, é possível que os valores não totalizem 100%.

A crise mundial de alimentos e seu impacto potencial sobre a saúde materna e neonatal

A recente e súbita elevação dos preços globais, que teve início em 2006 e continuou em 2007-2008, ilustrou a vulnerabilidade de milhões de indivíduos à fome e à subnutrição, principalmente aqueles que vivem em países onde a segurança de alimentos ainda causa grande preocupação. O acentuado aumento envolveu alimentos básicos, como vegetais, óleos, grãos, produtos derivados do leite e arroz. Embora as flutuações nos preços de bens de consumo sejam comuns, o que distinguiu a situação de 2008 foi o fato de a marcha dos preços mundiais afetar não só alguns produtos selecionados, mas quase todos os alimentos e bens alimentícios importantes.

Figura 1.8

O aumento dos preços vem afetando significativamente todos os grupos de alimentos*



* Os índices de preços de bens alimentícios apresentados acima são médias ponderadas de índices de preços a partir de uma cesta básica de produtos sob cada grupo de alimentos. Os pesos são parcelas médias de exportação comercial no período 1998-2000. Por exemplo, o Índice de Preços de Óleos e Gorduras consiste no índice de preços de 11 tipos diferentes de óleo (inclusive óleo animal e de peixes) ponderados em relação à participação média na exportação comercial para cada produto derivado de óleo no período 1998-2000. Explicações mais completas sobre a composição do índice referente a cada grupo de alimentos podem ser encontradas na Fonte.

Fonte: Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, Índices de Preços de Alimentos, <http://www.fao.org/worldfoodsituationFoodPricesIndex/en>, acessado em 1º de agosto de 2008.

Até junho de 2008, a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) havia identificado 22 países em desenvolvimento em situação particularmente vulnerável em relação à crise de alimentos. Essa avaliação baseou-se em uma combinação de três fatores de risco:

- Taxa de prevalência de baixo peso igual ou superior a 30% em meio à população.
- Alto grau de dependência de importações de gêneros alimentícios como arroz, trigo e milho.
- Alto grau de dependência de produtos importados derivados do petróleo.

Comores, Eritreia, Haiti, Libéria e Níger estão entre os países que apresentaram níveis preocupantes nesses três fatores de risco identificados. Não surpreende que a maioria desses países se encontre entre os menos desenvolvidos e de mais baixa renda. Entretanto, mesmo nesses países, é a parcela mais pobre da sociedade – que gasta a maior proporção da renda disponível com alimentação – que tende a ser mais duramente atingida pela crise de alimentos.

Atendendo às necessidades nutricionais especiais de mães e recém-nascidos

Em situações de emergência, como a crise de alimentos, mulheres grávidas e lactantes, assim como seus bebês, fazem parte da população considerada sob maior risco de subnutrição, devido às suas necessidades nutricionais mais altas. Por exemplo, gestantes precisam diariamente de 285 calorias adicionais, e lactantes, de 500 calorias adicionais. Sua necessidade de micronutrientes também é alta e exige ingestão adequada de ferro, ácido fólico, vitamina A e iodo para garantir sua saúde e a saúde do bebê.

Diante da crise de alimentos, a FAO vem reclamando insistentemente uma reação rápida de liberação de suprimentos, para restabelecer melhor equilíbrio entre a demanda e a oferta de alimentos, principalmente nos países mais afetados. Além disso, embora a ajuda em alimentos venha sendo oferecida aos países, é preciso que sejam aplicadas políticas para equilibrar os padrões de distribuição de alimentos entre os membros das famílias, que geralmente têm gestantes e lactantes consumindo quantidades de alimentos inferiores às suas necessidades mínimas. Nos lugares em que a ajuda em alimentos está sendo fornecida àqueles sob maior risco de escassez e de subnutrição, as gestantes devem receber nutrição adicional. Esse provimento geralmente é feito na forma de distribuição de cotas de alimentos, seja por meio de programas gerais de distribuição de alimentos ou por meio de programas de suplementação alimentar. Gestantes e lactantes também podem necessitar de outras intervenções complementares relacionadas à nutrição, incluindo enriquecimento de alimentos, suplementação com micronutrientes, maior quantidade de água limpa de boa qualidade, gestão da malária durante a gravidez, profilaxia para gestão de parasitas internos, e orientação sobre educação nutricional.

Campanhas de comunicação e advocacia em relação à ajuda em alimentos devem destacar as necessidades nutricionais especiais de gestantes e lactantes, e incluir mensagens às famílias e comunidades, explicando por que essas mulheres estão recebendo alimentação adicional. As informações devem enfatizar a importância do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida de uma criança, com alimentação complementar para bebês mais velhos. Para mães HIV positivo, tendo em vista que o vírus pode ser transmitido pelo leite materno, as práticas de aleitamento materno podem variar, dependendo da disponibilidade e da segurança da alimentação substituta.

Informações e advertências continuam a exercer um papel crucial para garantir ações adequadas e nos momentos certos, visando evitar o sofrimento. O Sistema Global de Informações e Advertência no Momento Oportuno (*Global Information and Early Warning System*), da FAO, vem demonstrando sua capacidade para alertar o mundo em relação à emergente escassez de alimentos. Entretanto, mais ações devem ser empreendidas para criar mecanismos consistentes de resposta à crise de alimentos, e para desenvolver políticas nacionais e internacionais que deem prioridade e defendam a segurança de alimentos e nutrição – e que levem em consideração as necessidades nutricionais especiais de mulheres e crianças pequenas.

Ver Referências, página 107.

2 Criando um ambiente de apoio para a saúde materna e neonatal



A melhoria das condições de saúde da mãe e do recém-nascido requer a prestação de serviços essenciais em momentos críticos e em locais específicos que possam ser facilmente acessados por mulheres e crianças. O estabelecimento e a consolidação desse continuum de cuidados demandam mais do que apenas intervenções de cuidados primários de saúde: é preciso que as mães e as crianças contem também com um ambiente de apoio que garanta e promova seus direitos. O segundo capítulo do relatório Situação Mundial da Infância 2009 explora os fundamentos do ambiente de apoio e de que maneira esse ambiente fortalece os esforços para ampliar os cuidados primários de saúde.

Em outubro de 2008, mais de 500 líderes que atuam na área da saúde em 65 países reuniram-se em Almaty, no Cazaquistão, em uma conferência internacional que celebrava o 30º Aniversário da Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde. Os participantes trocaram experiências vividas ao longo das três últimas décadas e renovaram seu compromisso com os princípios de cuidados de saúde como um meio de fortalecer os sistemas de saúde. Às vésperas da conferência, a Organização Mundial da Saúde lançou o *Relatório sobre a Saúde Mundial 2008*, que também abordou o tema de cuidados primários de saúde.

A Declaração de Alma-Ata, que resultou de um encontro semelhante realizado pelo UNICEF e pela OMS naquela cidade, em 1978, efetivamente esboçou um novo caminho para a saúde pública. O documento incitou os países a ampliar a prestação de serviços de saúde, que deveriam ir além das intervenções médicas, enfrentando também as restrições ao provimento de serviços de saúde de qualidade para todos os cidadãos

impostas por condições de caráter cultural, social e de infra-estrutura. Um foco importante da abordagem de cuidados primários de saúde que surgiu em Alma-Ata é o mesmo adotado como tema neste relatório: atendimento para a mãe e a criança. Outras prioridades essenciais incluem controle de doenças, acesso ao planejamento familiar, fornecimento de água limpa e saneamento. Os cidadãos foram estimulados a participar das ações de cuidados com sua própria saúde, especialmente com relação ao provimento de cuidados preventivos e à adoção de comportamentos e práticas saudáveis.¹ (*Ver Destaque, página 29*).

Ao longo dos últimos 30 anos, os países em desenvolvimento realizaram progressos consideráveis com relação ao controle de diversas doenças importantes, tais como pólio e sarampo, e à redução da mortalidade infantil – especialmente no período pós-natal (entre 29 dias e 5 anos de idade). Mesmo assim, tendo em vista as desigualdades crescentes no provimento de cuidados de saúde entre os países, e internamente a eles, a agenda de Alma-Ata, que envolve cuidados primários de saúde abrangentes – o que enfatiza a

importância de um ambiente de apoio e de intervenções preventivas e curativas na determinação dos resultados das ações voltadas à saúde –, talvez seja tão pertinente hoje como era em 1978.

Entre formuladores e executores de políticas de saúde, existe um reconhecimento crescente de que as necessidades de saúde inter-relacionadas de mulheres, recém-nascidos e crianças demandam o tipo de soluções integradas defendido na declaração de Alma-Ata. Esse reconhecimento resultou em um interesse renovado em estruturas integradas de prestação de serviços de saúde, e no apoio a elas. O aprimoramento contínuo de estruturas como a Gestão Integrada de Doenças Infantis, introduzida pelo UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde em 1992, e a colaboração entre parceiros nacionais e internacionais ao longo das duas últimas décadas levaram recentemente à consolidação de um paradigma abrangente, que integra programas voltados à saúde da mãe e da criança que até então eram freqüentemente oferecidos de maneira desconectada: o continuum *de cuidados para mães, recém-nascidos e crianças*.

As necessidades inter-relacionadas de mulheres e recém-nascidos demandam soluções integradas de cuidados primários de saúde.

O *continuum* de cuidados

O *continuum* de cuidados visa integrar os cuidados de saúde oferecidos à mãe, ao recém-nascido e à criança. Sua premissa central pode ser resumida da seguinte maneira: serviços essenciais para mães, recém-nascidos e crianças são mais eficazes quando são prestados em pacotes integrados, em momentos críticos do ciclo de vida das mães e das crianças, em um sistema de saúde dinâmico que alcance localidades fundamentais, sustentado por um ambiente que garanta apoio aos direitos da mulher e da criança.

Os *momentos críticos* para a prestação de serviços são a adolescência, o período que antecede a gravidez, a gravidez, o parto, o pós-parto, o período neonatal, o primeiro ano de vida e a infância.

Os *serviços essenciais para mães, recém-nascidos e crianças* incluem cuidados básicos de saúde, atendimento de saúde de qualidade para a mãe, o recém-nascido e a criança, nutrição adequada e instalações de qualidade para o fornecimento de água e saneamento, e práticas de higiene.

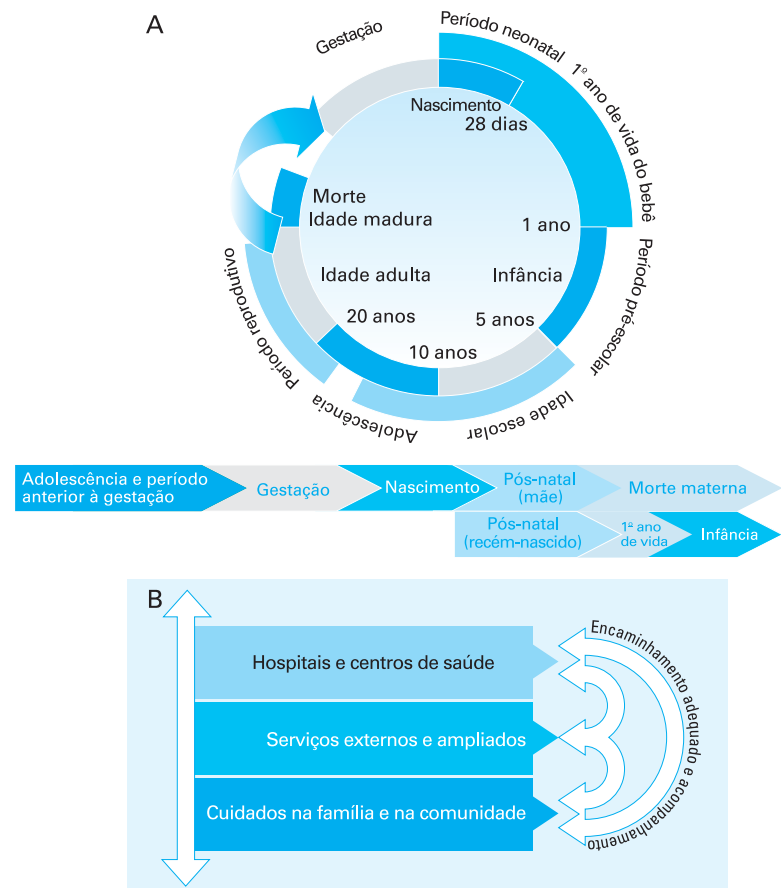
Os *principais meios de prestação dos serviços* são a família e a comunidade, a ampliação do atendimento para áreas distantes, o atendimento fora de centros de saúde e o atendimento em centros de saúde.²

O *ambiente de apoio* demanda respeito pelos direitos da mulher e da criança; educação de qualidade; um padrão de vida decente; proteção contra abuso, exploração, discriminação e violência; participação igualitária na vida doméstica, comunitária, social e política; aumento do poder da mulher; e maior envolvimento dos

Figura 2.1

O *continuum* de cuidados

Conectando cuidados ao longo da vida (A) e em locais de atendimento (B). Adaptação autorizada de *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*.



Fonte: Kevbes, Kate J. *et al.* Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. *The Lancet*, v.370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1360.

homens nos cuidados dedicados às mulheres e às crianças.

O *continuum* de cuidados reflete amplamente um conjunto de princípios estratégicos baseados em lições aprendidas ao longo de um século de sistemas e práticas de cuidados de saúde em evolução. Esses princípios foram explorados em profundidade no relatório *Situação Mundial da Infância 2008*, e são resumidos a seguir.

- Ações destinadas a melhorar as condições de saúde da mulher, do recém-nascido e da criança são mais eficazes e sustentáveis quando são integradas e implementadas em meio às comunidades e às famílias na forma de pacotes convenientes e com boa relação custo/benefício.
- Sistemas de saúde são mais úteis quando integram os diferentes meios de prestação de serviços de maneira dinâmica – serviços baseados em



Muitos problemas de saúde que ocorrem durante a gestação podem ser evitados, identificados e tratados por meio de visitas de atendimento pré-natal. Em uma clínica em Bangladesh, agente de saúde prepara-se para medir a pressão sanguínea de uma gestante.

centros de saúde, ampliação do atendimento para áreas distantes, atendimento fora de centros de saúde, e cuidados prestados pela família e pela comunidade.

- O fortalecimento dos sistemas de saúde para melhorar as condições das mães e das crianças demanda a combinação e a integração da força de abordagens verticais e horizontais à prestação de serviços de saúde, e não a opção por uma única abordagem isoladamente.
- Uma abordagem ao desenvolvimento de sistemas de saúde que seja voltada a resultados, centrada em intervenções eficazes e baseada em evidências é útil para a elaboração de agendas e políticas, e para o acompanhamento e a avaliação dos progressos.
- Os resultados podem ser alcançados mais facilmente por meio de ações colaborativas envolvendo programas, políticas e parcerias em um trabalho conjunto em favor do atendimento à mãe, ao recém-nascido e à criança.³

Esses preceitos constituem a base de programas, políticas e parcerias que buscam estabelecer e ampliar o *continuum* de cuidados de saúde de qualidade para mães, recém-nascidos e crianças. No entanto, para que de fato sejam eficazes, e para que avancem em direção ao sucesso no enfrentamento do desafio de Alma-Ata – prestação de

serviços primários de saúde para todos –, os serviços essenciais para mães e crianças devem ser prestados em um ambiente de apoio que proteja e promova seus direitos. Sem que sejam empreendidas ações voltadas às questões de gênero, que enfrentem a discriminação, as desigualdades e os abusos que são perpetuados contra as mulheres e principalmente contra as meninas, ações em apoio a melhores cuidados primários de saúde poderão resultar muito menos eficazes, menos sustentáveis ou até mesmo menos possíveis.

Considere-se, por exemplo, o problema de baixo peso ao nascer, que é uma causa de fundo em 70% das mortes neonatais. Em sua maioria, os bebês que nascem com baixo peso sofreram restrições de crescimento intra-uterino, normalmente como resultado do *status* precário de nutrição e saúde da mãe antes da gravidez e durante a gestação. A maioria desses casos ocorre na Ásia Meridional, a região com as mais altas taxas de subnutrição de meninas e mulheres, e a única em que há clara evidência de discriminação de gênero na nutrição em meio a crianças menores de 5 anos e na adolescência.⁴

A redução do número de mortes neonatais não requer apenas a prestação de cuidados no período pré-natal e o atendimento no momento do parto por pessoal de saúde especializado: é preciso também que meninas e mulheres recebam nutrição

adequada e cuidados de saúde desde o nascimento, ao longo da infância e da adolescência, e durante sua vida adulta e seus anos possivelmente férteis.

Esse é apenas um exemplo de como a sobrevivência e a saúde de recém-nascidos e crianças dependem fundamentalmente do atendimento aos direitos da mulher. Outros exemplos serão apresentados ao longo deste capítulo. Por esse motivo, a análise do *continuum* de cuidados para mulheres e recém-nascidos começa pelo exame dos diversos fatores que constituem um ambiente de apoio aos direitos das mulheres e das meninas.

Criando um ambiente de apoio para mulheres e meninas

A melhoria das condições de saúde das mulheres e dos recém-nascidos não é simplesmente um questão prática de colocar à disposição serviços de maternidade abrangentes de melhor qualidade e em maior número. Envolve também o enfrentamento e a reversão da negligência com relação aos direitos da mulher, assim como à discriminação e aos abusos estruturais sofridos por mulheres e meninas.

A discriminação de gênero – frequentemente transmitida de geração a geração por normas de tradição cultural, econômicas, sociais e políticas – tem inúmeros efeitos perniciosos. Pode negar às meninas e às mulheres o acesso à educação que, segundo as pesquisas, poderia reduzir sua exposição aos riscos de morte materna e de bebês.⁵ Pode impedir que recebam ou busquem cuidados de saúde adequados e habilidades de vida fundamentais para proteger-se contra infecções sexualmente transmissíveis – inclusive HIV –, contra espaçamento inadequado entre os partos, contra violência, abusos e exploração. Pode

Promovendo comportamentos saudáveis para mães, recém-nascidos e crianças: o guia *Medidas Vitais*

Criar um ambiente de apoio à saúde de mães e recém-nascidos demanda a alteração de comportamentos que discriminam mulheres e meninas e a adoção de práticas saudáveis que as protejam contra doenças e lesões. Práticas saudáveis, tais como manter o aleitamento materno exclusivo para bebês durante os seis primeiros meses de vida ou lavar as mãos com sabão, devem basear-se em evidências e ser implementadas por especialistas da área médica.

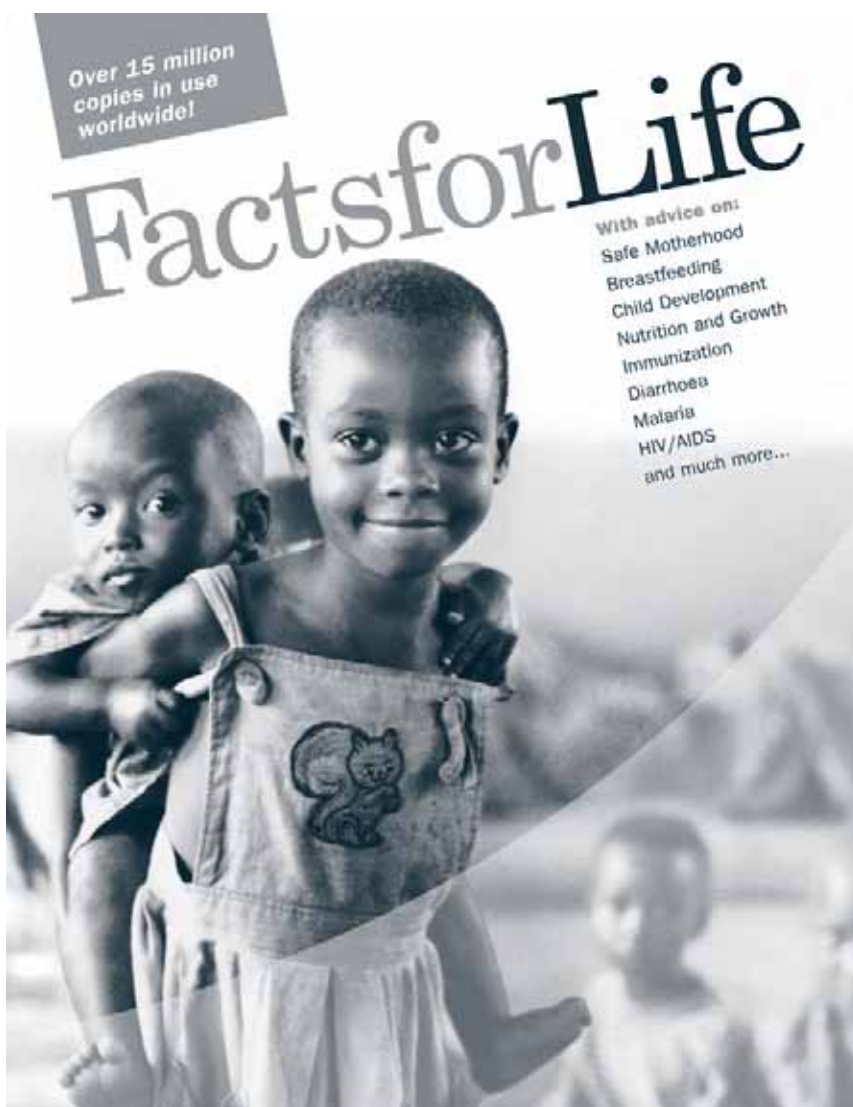
Descrever essas práticas para progenitores e outros cuidadores em uma linguagem que não seja técnica é essencial para aumentar o poder da mulher e da menina e para apoiar a saúde materna e neonatal. Há 20 anos, oito agências das Nações Unidas – UNICEF, OMS, UNFPA, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids, Programa Mundial de Alimentação e Banco Mundial – publicaram em conjunto um guia para colocar à disposição conhecimentos vitais para a saúde. O guia, denominado *Medidas Vitais*, foi dirigido a comunicadores – agentes de saúde, meios de comunicação, representantes governamentais, organizações não-governamentais, líderes religiosos, empregadores, sindicatos, grupos de mulheres, organizações comunitárias e outros. Sua terceira edição, publicada em 2002, abordou uma ampla gama de temas:

- Programação de nascimentos
- Maternidade segura
- Desenvolvimento infantil e aprendizagem precoce
- Aleitamento
- Nutrição e crescimento
- Imunização
- Diarréia
- Tosse, resfriado e doenças mais graves
- Higiene
- Malária
- HIV e aids
- Prevenção de lesões
- Desastres e emergências

Mensagens claras, breves e práticas explicam as ações recomendadas e oferecem informações adicionais.

Um princípio subjacente ao guia é que a comunicação envolve mais do que simplesmente fornecer informações. Demanda também apresentar a informação de forma interessante e acessível e auxiliar na compreensão de sua relevância. O guia também discute formas de ação e de superação de gargalos e barreiras.

O guia *Medidas Vitais* vem sendo amplamente divulgado, e em 2002 havia mais de 15 milhões de cópias em circulação, em 215 idiomas. Uma nova edição do guia está sendo elaborada.



A igualdade de gênero rende um duplo dividendo, melhorando as condições de vida da mulher e da criança.

limitar sua capacidade de geração de renda na vida adulta, e pode levá-las a uma vida de servidão e subserviência quando se casam – o que freqüentemente ocorre quando ainda são crianças, com menos de 18 anos de idade.

Além disso, a pesada carga de trabalho das mulheres – que, de maneira geral, enfrentam maior número de horas de trabalho do que os homens – pode negar-lhes tempo para o lazer e o descanso.

Para que seja possível criar um ambiente de apoio para a saúde da mãe e do recém-nascido, é preciso que sejam enfrentados os desafios representados pelas barreiras sociais, econômicas e culturais que perpetuam a desigualdade e a discriminação de gênero. Isso envolve

diversas ações fundamentais: educação de meninas e mulheres, e redução da situação de pobreza em que vivem; proteção de meninas e mulheres contra abusos, exploração, discriminação e violência; estímulo à sua participação e ao seu envolvimento nas tomadas de decisão familiares e na vida econômica e política; e aumento de seu poder, para que reclamem seus direitos e os serviços essenciais para si mesmas e para suas crianças. Maior envolvimento dos homens nos cuidados de saúde maternos e de recém-nascidos, assim como no enfrentamento da discriminação e das desigualdades de gênero, também é essencial para o estabelecimento de um ambiente de apoio. A parte restante deste capítulo analisará brevemente cada um desses desafios.

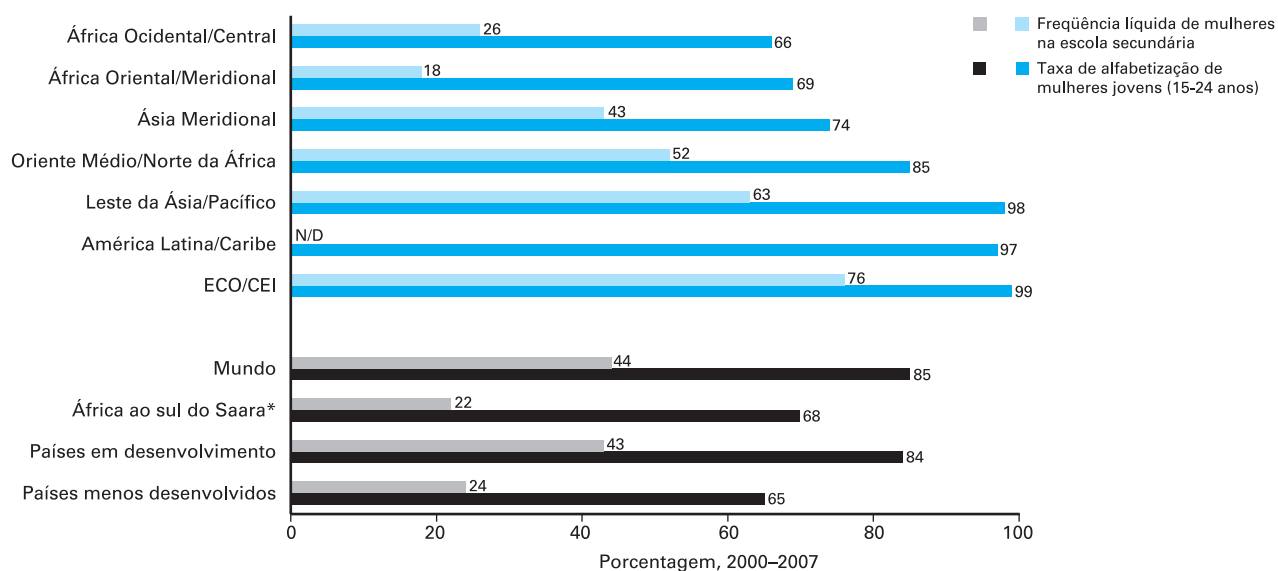
Educação de qualidade e um padrão decente de qualidade de vida

Garantindo uma educação de qualidade

Educação é um direito da criança e do adolescente garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, pela Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, e por outros instrumentos de direitos humanos.⁶ É fundamental também para a melhoria das condições de saúde materna e neonatal, para a redução da incidência de casamentos de crianças – com suas conseqüências amplamente inevitáveis de gravidez e maternidade precoces –, para a eliminação de condições extremas de pobreza e fome, e para a ampliação do conhecimento sobre riscos de

Figura 2.2

Embora venha melhorando, o *status* educacional de mulheres jovens ainda é baixo em diversas regiões em desenvolvimento



* África ao sul do Saara inclui as regiões África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

Fonte: Taxa de alfabetização de mulheres jovens – Instituto da Unesco para Estatísticas. Frequência líquida de mulheres na escola secundária – Pesquisas de Demografia e Saúde e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos.

Cuidados primários de saúde: 30 anos desde Alma-Ata

A Declaração de Alma-Ata de 1978 foi inovadora por ter associado uma abordagem baseada no direito à saúde a uma estratégia viável para a realização desse direito. Documento resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a declaração identificou cuidados primários de saúde como fundamentais para reduzir as desigualdades em relação à saúde entre países e dentro deles e, por esse meio, atingir o objetivo ambicioso, mas não impossível, de “Saúde para Todos” até 2000. Cuidados primários de saúde foram definidos no documento como serviços que oferecem “cuidados essenciais de saúde”, baseados em intervenções aprovadas cientificamente. Esses serviços deveriam ser universalmente acessíveis para os indivíduos e as famílias a um custo viável para as comunidades e os países. Cuidados primários de saúde englobam no mínimo oito elementos: educação em saúde, nutrição adequada, cuidados de saúde para a mãe e a criança, saneamento básico e água limpa, controle das principais doenças infecciosas por meio de imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, e provimento de medicamentos essenciais.

A declaração conclamou os governos a formular políticas nacionais que incorporassem cuidados primários de saúde a seus sistemas nacionais de saúde. Argumentou quanto à necessidade de dar atenção à importância do atendimento de saúde baseado na comunidade, que reflete a realidade política e econômica de um país. Esse modelo levaria “o atendimento de saúde o mais próximo possível dos locais em que as pessoas vivem e trabalham”, possibilitando a busca por tratamento adequado oferecido por profissionais da área da saúde capacitados – agentes de saúde comunitários, enfermeiros e médicos. Além disso, criaria um sentimento de autoconfiança entre indivíduos de uma comunidade e estimularia sua participação no planejamento e na execução de programas de saúde. Sistemas de encaminhamento completariam o espectro de cuidados, fornecendo serviços abrangentes aos mais necessitados – os menos favorecidos e mais marginalizados.

Alma-Ata surgiu do mesmo movimento por justiça social que levou à Declaração de 1974 sobre a Criação de uma Nova Ordem Econômica Internacional. Ambas enfatizaram a interdependência da economia global e estimularam transferências de ajuda e conhecimento para reverter diferenças econômicas e tecnológicas cada vez maiores entre países industrializados e países em desenvolvimento, cujo crescimento, em muitos casos, foi bloqueado pela colonização. Exemplos de inovações baseadas na comunidade nos países pobres após a Segunda Grande Guerra também são sugestivos. As clínicas para menores de 5 anos, na Nigéria, os doutores

descalços, na China, e os sistemas de saúde, em Cuba e no Vietnã, demonstraram que progressos na área da saúde poderiam ocorrer sem a infra-estrutura disponível nos países industrializados.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi um marco de referência. À época, foi a maior conferência jamais realizada sobre um único tema na área da saúde e do desenvolvimento internacional, com a participação de 134 países e 67 organizações não-governamentais. Entretanto, havia obstáculos para cumprir suas promessas. Por um lado, a declaração não foi aglutinadora. E, além disso, desacordos conceituais sobre a definição de termos fundamentais como “acesso universal”, que persistem ainda hoje, estiveram presentes desde o início. No contexto da guerra fria, esses termos revelaram diferenças ideológicas consideráveis entre o mundo capitalista e o mundo comunista, disparidades talvez exacerbadas pelo fato de a conferência de Alma-Ata ter sido realizada na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas.

Com o início da nova década, em 1970, um ambiente econômico tumultuado contribuiu para um distanciamento dos cuidados primários de saúde em favor do modelo mais viável de cuidados seletivos de saúde, que visavam a doenças e condições específicas. No entanto, apesar do sucesso relativo da estratégia de cuidados primários de saúde nos países em que foi implementada, progressos em relação à melhoria da saúde pública ilustram a flexibilidade e a aplicabilidade do modelo baseado na comunidade.

Progressos insuficientes em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, associados às ameaças para a saúde global e a segurança humana, provocadas por mudanças climáticas, pandemia de gripe e crise global de alimentos, levaram a um interesse renovado em cuidados primários de saúde abrangentes. Ao mesmo tempo, os muitos desafios que impediram a implementação de Alma-Ata multiplicaram-se, e devem ser enfrentados para que aqueles objetivos sejam alcançados hoje. Para que governos, parceiros internacionais e organizações da sociedade civil revitalizem os cuidados primários de saúde, será necessário considerar o crescente conjunto de evidências sobre iniciativas com boa relação custo/benefício, que associam cuidados baseados na família e na comunidade à ampliação do atendimento em áreas distantes e a serviços baseados em centros de saúde – tais como cuidados de saúde materna e infantil, descritos no Capítulo 3.

Ver Referências, página 108.



© UNICEF/HQ05-23/Anita Khemka

Ampliando o atendimento para áreas distantes, provedores de serviços de saúde vitais atendem comunidades e famílias. Na Índia, agente de saúde comunitária segura o cartão de crescimento de um bebê durante uma sessão de orientação para mães jovens.

saúde e habilidades de vida. Uma vez que a discriminação contra meninas e mulheres começa cedo, a promoção da igualdade de gênero e do respeito pelos direitos da mulher e o estímulo aos pais para que desempenhem papel ativo com relação aos cuidados infantis devem começar com programas de educação na primeira infância.

A garantia de uma educação de qualidade para meninas e mulheres jovens constitui um desafio fundamental dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que visam à realização da Educação Primária Universal (ODM 2) e à eliminação da disparidade de gênero em todos os níveis de educação até 2015, como parte dos esforços pela promoção da igualdade de gênero e do aumento do poder da mulher (ODM 3).

Embora tenham sido realizados progressos consideráveis em relação à

paridade de gênero na educação primária – considera-se que todas as regiões têm condições de alcançar essa meta –, há diferenças consideráveis em muitos países, especialmente na África Central e Ocidental. Além disso, as diferenças vêm diminuindo mais lentamente na educação secundária.⁷

As pesquisas já confirmaram há muito tempo os méritos da educação, não só para mulheres e meninas, mas também para as famílias e as sociedades. Estudos demonstram que adolescentes instruídos são mais propensos a postergar a formação de família até o início da idade adulta – quando os riscos de uma gravidez são menores –, e têm maior probabilidade de ter filhos mais saudáveis.⁸ Os benefícios de postergar a gravidez até o final da adolescência são altos. Consideremos os fatos a seguir:

- As mortes maternas relacionadas à gestação e ao parto constituem uma

causa importante da mortalidade de meninas entre 15 e 19 anos de idade em todo o mundo, responsáveis por 70 mil mortes a cada ano.⁹

- Quanto mais jovem a menina engravida, maiores são os riscos à sua saúde. Meninas que dão à luz antes dos 15 anos de idade têm uma probabilidade cinco vezes maior de morrer no momento do parto do que mulheres com mais de 20 anos de idade.¹⁰
- Quando a mãe tem menos de 18 anos de idade, o risco de seu bebê morrer em seu primeiro ano de vida é 60% maior do que o de um bebê cuja mãe tem mais de 19 anos de idade.¹¹
- Ainda que a criança sobreviva, ela tem maior probabilidade de ter problemas devido a baixo peso ao nascer e de sofrer de subnutrição e de retardo de desenvolvimento físico e cognitivo.¹²

Para que seja possível criar um ambiente de apoio para a saúde da mãe e do recém-nascido, é preciso que sejam enfrentados os desafios representados pelas barreiras sociais, econômicas e culturais que perpetuam a desigualdade de gênero.

Os ganhos gerados pela educação vão além da redução do número de mortes e de saúde deficiente. Pesquisas demonstram que mulheres instruídas são mais propensas a postergar o casamento e a garantir que suas crianças sejam imunizadas, tendem a ter maior conhecimento sobre sua própria nutrição e sobre a nutrição de seus filhos, e a adotar melhores práticas de espaçamento entre os partos. Como consequência, a taxa de sobrevivência dos filhos de mulheres instruídas são mais altas do que no caso de mulheres que não receberam educação. Suas crianças tendem também a ter melhor *status* nutricional.¹³

Educação também é essencial para a realização dos direitos da mulher: aumenta sua influência nas tomadas de decisão em questões familiares e abre

oportunidades para sua participação na vida econômica e política.

Proteção contra abuso, exploração, discriminação e violência

Evitando o casamento infantil

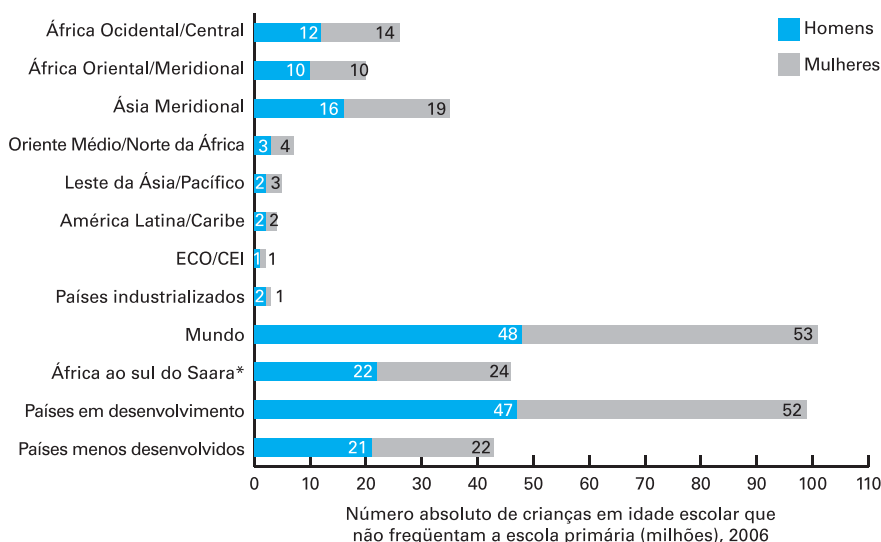
O casamento infantil é uma violação dos direitos da criança, comprometendo o desenvolvimento das meninas e resultando com frequência em gravidez precoce e isolamento social. Embora não seja um tema tratado diretamente na Convenção sobre os Direitos da Criança, o casamento infantil está vinculado a outros direitos e é reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos como o “direito ao consentimento livre e pleno com o casamento” (artigo 16). A Convenção

sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres estabelece que “o noivado e o casamento de uma criança não terá efeito legal”, e conclama os Estados a estabelecer por lei uma idade mínima para o casamento e a tornar obrigatório o registro do casamento (artigo 16). A despeito do compromisso internacional com relação às mudanças, muitas sociedades e comunidades mantêm a prática do casamento de meninas e meninos jovens devido às fortes pressões sociais no nível da comunidade. Em todas as partes do mundo, mais de 60 milhões de mulheres com idade entre 20 e 24 anos casaram-se antes de completar 18 anos.¹⁴ Com exceção da China, nos demais países em desenvolvimento as estimativas internacionais mais recentes indicam que 36% das mulheres entre 20 e 24 anos de idade estavam casadas ou viviam em união antes dos 18 anos de idade. Em algumas regiões, a incidência de casamento infantil é particularmente alta: de acordo com as estimativas mais recentes, chega a 29% na Ásia Meridional e a 44% na África Ocidental e Central.¹⁵

Além de maior risco de morte materna provocado pela gravidez e pelo parto, esposas adolescentes também são suscetíveis a violência, abuso e exploração. O casamento infantil aumenta ainda a probabilidade de meninas adolescentes abandonarem a escola – um risco que vem acompanhado por implicações negativas para a saúde da mãe e do recém-nascido e para a capacidade de geração de renda, como descrito anteriormente. Por outro lado, essa situação contribui para a manutenção de um círculo vicioso de discriminação de gênero, que leva as famílias mais pobres a permitir o casamento prematuro de suas filhas como saída para necessidades econômicas.¹⁶

Figura 2.3

A paridade de gênero relacionada à frequência vem melhorando acentuadamente, mas o número de meninas fora da escola primária ainda é ligeiramente maior do que o de meninos



* África ao sul do Saara inclui as regiões África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

Fonte: Estimativas calculadas pela Seção de Informações Estatísticas do Fundo das Nações Unidas para a Infância, utilizando dados sobre frequência obtidos por meio de pesquisas domiciliares (Pesquisas de Demografia e Saúde e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos) e Instituto da Unesco para Estatísticas.

Tendo em vista os riscos associados à gravidez e ao parto na adolescência (*ver página 32*), a maior probabilidade de gravidez na adolescência no caso de meninas casadas e a alta incidência dessa prática em diversas regiões em desenvolvimento, é evidente que a melhoria das condições de saúde materna exige a eliminação do casamento infantil. Entre outras ações, essa eliminação demandará legislação governamental mais rigorosa, para estabelecer e fazer cumprir a idade mínima de 18 anos para o casamento e para promover o registro tanto do nascimento – para determinar a idade da criança – como do casamento.

Embora de maneira geral o casamento infantil venha-se tornando menos freqüente, o ritmo da mudança é lento. Para que seja possível desafiar

as atitudes prevalentes com relação ao casamento infantil, será preciso enfrentar também a desigualdade de gênero. É fundamental que sejam empreendidas ações também por atores externos aos governos, como líderes religiosos e comunitários; e será preciso promover a educação, especialmente no nível secundário. Por outro lado, a sociedade civil e os meios de comunicação podem ajudar por meio do diálogo, colocando em discussão e desafiando pressões econômicas e tradições sociais que perpetuam o casamento infantil.

Abandonando a prática de mutilação/corte genital feminino

A mutilação e o corte genital feminino constituem uma violação de direitos humanos da mulher e da menina, negando-lhes sua integridade física e

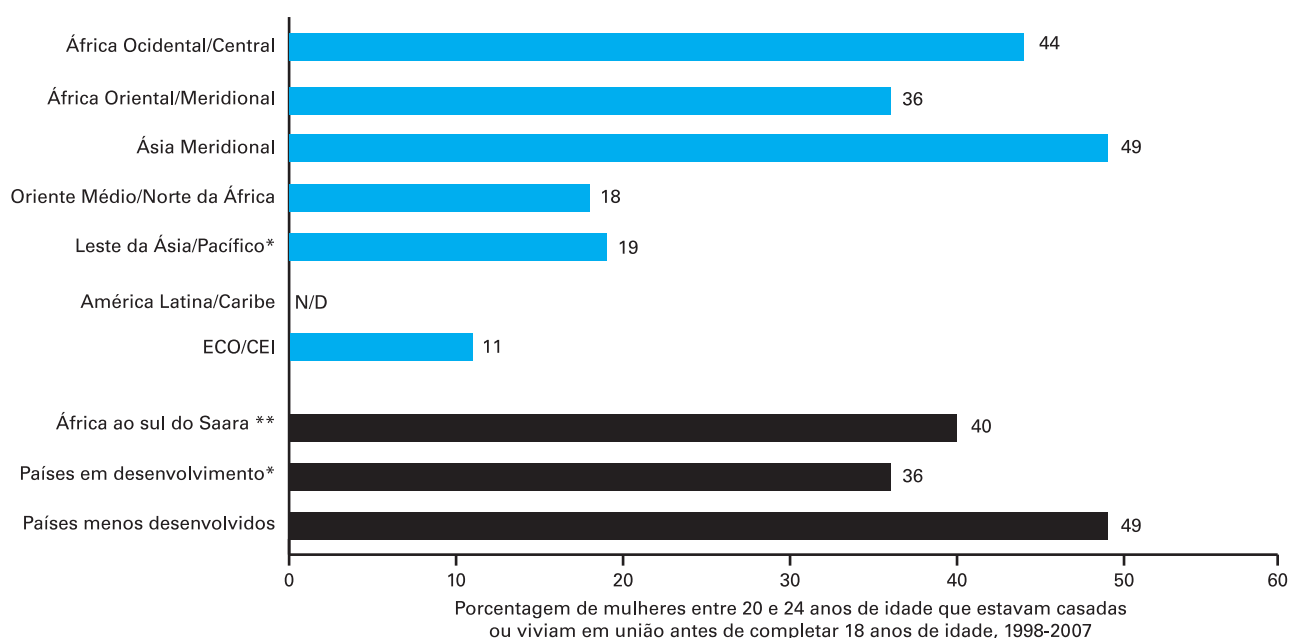
mental, seu direito de proteção contra violência e discriminação e, em casos mais extremos, seu direito de proteção contra agressões que podem levar à morte.

Estima-se em cerca de 70 milhões o número de meninas e mulheres com idade entre 15 e 49 anos que foram submetidas a essa prática em 27 países da África e do Oriente Médio. Embora em declínio, esse costume ainda mantém seu vigor em muitos países e comunidades.¹⁷

Além de constituir uma violação de direitos, a mutilação e o corte genital feminino acarretam graves riscos no momento do parto, aumentando a possibilidade de complicações tais como a obstrução durante o trabalho de parto e a hemorragia

Figura 2.4

O casamento infantil é extremamente comum na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara



* Não inclui China. ** África ao sul do Saara inclui as regiões África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

Fonte: Pesquisas de Demografia e Saúde, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos e outras pesquisas nacionais.

Solucionando a escassez de agentes de saúde: uma ação crítica para melhorar a saúde materna e neonatal

A escassez de pessoal de saúde capacitado constitui um dos maiores desafios para a saúde materna e neonatal. Uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde em 2006 revela que, embora responda por mais de 24% da incidência global de doenças, a África conta com apenas 3% dos agentes de saúde do mundo todo. Essa região gasta com o atendimento à saúde menos de 1% dos recursos globais totais, mesmo após levar em consideração empréstimos e subsídios vindos do exterior. Em comparação, a região das Américas – que cobre América Latina e Caribe, assim como América do Norte – responde por apenas 10% da incidência global de doenças, mas conta com 37% dos agentes de saúde do mundo todo, e gasta com o atendimento à saúde mais de 50% dos recursos globais.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, com exceção da Europa, as demais regiões do mundo vêm enfrentando coletivamente uma escassez de 4,3 milhões de agentes de saúde. Mais especificamente, não há agentes de saúde – médicos, enfermeiros ou parteiros – em número suficiente para atender a todos os partos do mundo. Um estudo realizado pela Joint Learning Initiative constatou que os países necessitavam de 2,28 profissionais da saúde por mil pessoas, em média, para atingir o nível mínimo desejado de agentes de saúde especializados no atendimento a partos. Dos 57 países que se situam abaixo desse limite, 36 estão na África ao sul do Saara. Embora os países que registram a maior escassez de agentes de saúde em termos absolutos estejam na Ásia – principalmente Bangladesh, Índia e Indonésia –, a necessidade relativa mais significativa é registrada na África ao sul do Saara. Para alcançar a densidade necessária, essa região precisaria aumentar o número de agentes de saúde em 140%. Uma estimativa anterior da OMS calculou que, para cobrir 73% dos partos, seria necessário capacitar nos próximos anos 334 mil atendentes para esse serviço especializado.

A escassez de agentes de saúde especializados decorre de diversos fatores, entre os quais, pouco investimento em capacitação e recrutamento, pouco incentivo para agentes de saúde, remuneração insuficiente e altos níveis de estresse. A grande migração de agentes de saúde especializados de países em desenvolvimento para países industrializados – incentivados pela crescente demanda por esse tipo de profissional em países industrializados com populações idosas – também contribuiu para essa perda. Uma pesquisa realizada em dez países africanos mostrou que o número de médicos capacitados localmente que trabalham atualmente em oito países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos era equivalente a 23% dos médicos que ainda trabalhavam localmente nesses dez países.

Tendências demográficas dentro dos países também exercem forte influência sobre a escassez de agentes de saúde. A rápida urbanização nos países em desenvolvimento vem exacerbando a escassez de agentes de saúde nas áreas rurais, uma vez que profissionais capacitados buscam trabalhar em centros urbanos mais abastados. Agentes de saúde, geralmente capacitados em centros urbanos, freqüentemente mostram relutância em trabalhar em áreas rurais, onde há maior índice de pobreza, as condições de vida são mais limitadas e o acesso a distrações e entretenimento urbano é menor. Por exemplo, uma pesquisa realizada na Ásia Meridional e no Sudeste da Ásia constatou que as vagas em áreas rurais eram evitadas devido a baixo rendimento, baixo prestígio e isolamento social.

A aids também vem causando um efeito danoso sobre os sistemas de saúde nos países em que alcançou proporções epidêmicas. Nesses países, os agentes de saúde enfrentam em sua vida particular os mesmos riscos enfrentados por outros indivíduos em países com alta prevalência, e também estão expostos a riscos significativos no trabalho, em situações nas quais equipamentos e práticas de proteção são freqüentemente insuficientes. Um estudo realizado na África do Sul, em 2004, indicou que agentes de saúde mais jovens apresentavam taxa de prevalência de HIV igual a 20%. Esses agentes deveriam receber mais proteção e cuidados, inclusive maior quantidade de equipamentos de proteção, esquemas de segurança para evitar lesões causadas por agulhas de seringas, profilaxia na eventualidade de possível exposição ao vírus, e tratamento anti-retroviral quando infectados pelo HIV.

O estabelecimento de um *continuum* de cuidados de saúde de qualidade visando reduzir a mortalidade e morbidade materna e neonatal requer estratégias para reduzir a escassez de agentes de saúde. Embora parte dessa escassez possa ser preenchida por meio de recrutamento e capacitação de agentes de saúde comunitários – cujos recursos vêm mostrando grande potencial para prover serviços básicos –, ainda há muito a ser feito em relação à capacitação e à retenção de agentes de saúde especializados, principalmente na África ao sul do Saara e na Ásia Meridional.

Ver Referências, página 108.



Melhorar as condições dos centros de saúde e fortalecer sistemas de referência são formas eficazes de melhorar a saúde materna e neonatal. Em um centro de saúde infantil na Costa do Marfim, mãe observa seu bebê sendo pesado por agente de saúde.

pós-parto, quando a mulher dá à luz fora de centros hospitalares.

Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde demonstrou que, além de afetar a saúde reprodutiva da mulher e causar sofrimento intenso, a mutilação e o corte genital feminino (M/CGF) podem resultar também em sangramento prolongado, infecção, diversos problemas de saúde reprodutiva, inclusive infertilidade, e até mesmo morte. Os recém-nascidos de mulheres submetidas a essa prática também podem ser afetados. O estudo fornece evidências claras de que complicações em partos são significativamente mais prováveis em mulheres submetidas a M/CGF, e constata ainda que essa prática é prejudicial a bebês, aumentando em de um a dois casos o número de mortes no período perinatal em cada 100 nascimentos.¹⁸

Os riscos para as mães e os bebês aumentam de acordo com a gravidade da mutilação, mas podem incluir choque, hemorragia, infecção e ulceração da região genital – todas elas ocorrências que aumentam os

riscos de morte e sofrimento para a mãe e o recém-nascido.¹⁹

O abandono da prática de mutilação e corte genital feminino é condição essencial para garantir a maternidade segura e a redução das mortes neonatais. Iniciativas bem-sucedidas no Senegal e em outros países onde esse costume é difundido estão baseadas na rejeição coletiva da prática, por meio do aumento do poder da comunidade, do diálogo aberto e de um consenso coletivo.²⁰

Eliminando violência, abuso e exploração de mulheres e meninas

A violência é comum em todas as sociedades. Debilita a saúde física e compromete o bem-estar emocional e psicológico de suas vítimas. Desigualdades de gênero nas famílias, nos locais de trabalho e nas sociedades podem criar um contexto favorável à violência.

Já são conhecidos há muito tempo a extensão e o impacto da violência praticada contra mulheres e meninas. No entanto, até pouco tempo atrás, a medida dessa violência esteve restrita

a estudos específicos. Estudos em larga escala realizados pela Organização Mundial da Saúde e estudos desenvolvidos recentemente pela Organização das Nações Unidas revelaram níveis assustadores de violência contra mulheres e crianças, mas mostraram também acentuadas disparidades nos níveis da violência dentro dos países e das regiões.²¹ Com relação à saúde, as consequências da violência levam ao aumento dos riscos de más condições físicas e reprodutivas. Embora muitos desses estudos sejam indicativos, e não conclusivos, mostram uma correlação entre violência contra mulheres e meninas e maior risco de morte e morbidez materna.

- Um estudo envolvendo 400 vilarejos rurais na Índia revelou que 16% de todas as mortes de mulheres grávidas foram causados por violência praticada pelo parceiro.²²
- Violência sexual, principalmente estupro, pode resultar em gravidez indesejada, especialmente quando utilizada como arma de guerra em conflitos como os da Bósnia e

O combate à violência contra mulheres e crianças é fundamental para melhorar as condições de saúde da mãe e do recém-nascido.

Herzegóvina e de Ruanda, quando as mulheres eram estupradas repetidamente até engravidar.²³

- Os dados sugerem que a gravidez indesejada traz maiores riscos do que a gravidez desejada, e que mulheres que desenvolvem uma gravidez indesejada têm menor probabilidade de receber atendimento pré-natal ou de ter supervisão médica no momento do parto. Essas gestações também podem trazer maior risco de aborto inseguro – uma causa importante de morte materna –, além de depressão, suicídio e reações adversas à gravidez por parte da família.²⁴

- Violência antes ou durante a gravidez pode levar a múltiplos riscos de saúde para a mãe e a criança, inclusive aborto, trabalho de parto prematuro e sofrimento fetal. Pode também impedir que a mulher procure cuidados médicos. Um estudo realizado na Nicarágua mostrou que cerca de 16% das ocorrências de bebês nascidos com baixo peso estavam relacionadas a abuso físico de um parceiro durante a gestação.²⁵

- A violência contra a mulher tem também implicações reprodutivas, entre as quais dores, cicatrizes e ferimentos crônicos, além de perda de peso prejudicial.²⁶

- As consequências psicológicas da violência contra a mulher também podem ser devastadoras: depressão, estresse e distúrbios causados por ansiedade, estresse pós-traumático e suicídio.²⁷

- A violência contra a mulher pode criar dificuldades com relação aos cuidados e à alimentação do recém-nascido. Além disso, novas

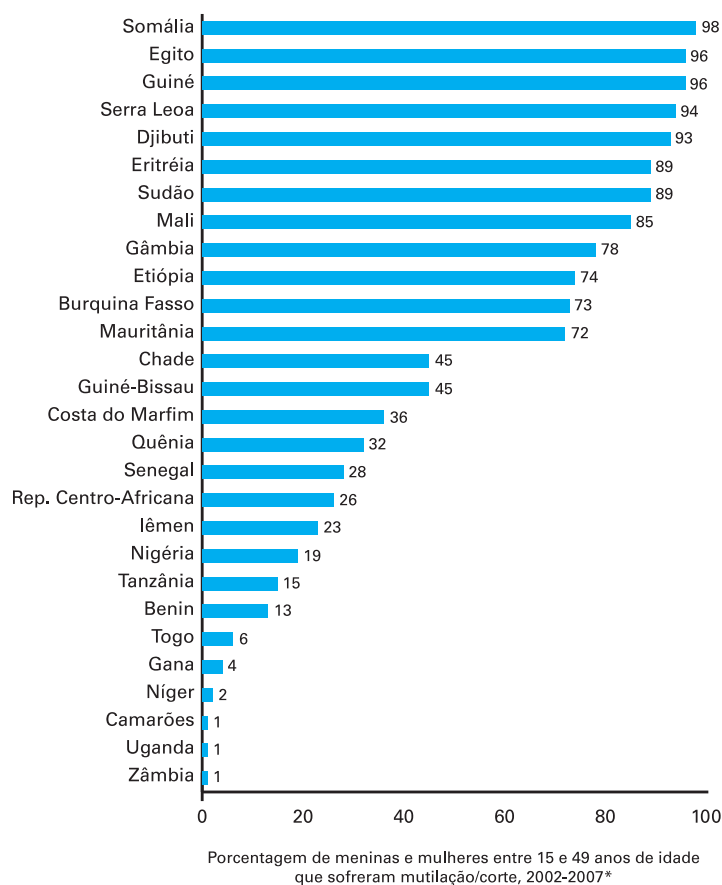
evidências sugerem que bebês e crianças pequenas também são colocados em situação de risco pela violência, e que o número de mortes devidas a violência física é subestimado.²⁸

O combate à violência e ao abuso praticados contra mulheres e meninas é um processo multifacetado que demandará ações vigorosas por parte dos governos, da sociedade civil, de

parceiros internacionais e das comunidades, para enfrentar e eliminar as causas diretas e subjacentes, assim como as consequências desses comportamentos. Mecanismos abrangentes, legislação adequada e sua aplicação, pesquisa, programas e orçamentos, mais espaço para manifestação das mulheres no debate e atenção sustentada ao problema serão condições indispensáveis para que a violência caia dos níveis atuais.

Figura 2.5

Embora em declínio, a prática de mutilação/corte genital feminino ainda é comum em muitos países em desenvolvimento



* Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado.

Fonte: Pesquisas de Demografia e Saúde, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos e outras pesquisas nacionais.

Em direção a maior igualdade na saúde materna e neonatal

por Cesar G. Victora, Professor de Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Brasil

A questão da equidade nas condições da saúde e no acesso a serviços de cuidados primários de saúde essenciais vem recebendo maior atenção na área da saúde materna, neonatal e infantil. Esse foco vem sendo reforçado cada vez mais por evidências e pesquisas sobre a amplitude das disparidades em relação à saúde e a outras áreas de desenvolvimento.

Desigualdades são definidas como diferenças sistemáticas entre grupos populacionais, injustas e evitáveis, e geralmente incluem disparidades relacionadas a posição socioeconômica, gênero, grupo étnico e local de residência, entre outros fatores.

Contar com a presença de um atendente especializado no momento do parto – uma intervenção fundamental para melhorar a saúde e a sobrevivência de mães e recém-nascidos – constitui uma das intervenções de saúde mais desigualmente distribuídas. A Figura 2.6 apresenta a proporção média de partos assistidos por agentes de saúde especializados, com base em resultados obtidos a partir de pesquisas nacionais realizadas recentemente em países de baixa e média renda. Há desigualdades acentuadas entre as regiões do mundo, sendo que Europa e Ásia Central apresentam os maiores níveis de cobertura para todos os grupos de renda, e África ao sul do Saara e Ásia Meridional, em particular, seguem bem atrás.

Além de variações entre regiões, dentro de cada região há disparidades importantes por posição socioeconômica – conforme observado pela comparação de partos assistidos por agentes especializados entre quintis de renda. Entre as mães na parcela dos 20% mais pobres da Ásia Meridional, pouco mais de 10% dos partos são atendidos por agente especializado, em comparação com 56% dos partos de mães no quintil mais rico nessa região. Outras regiões em

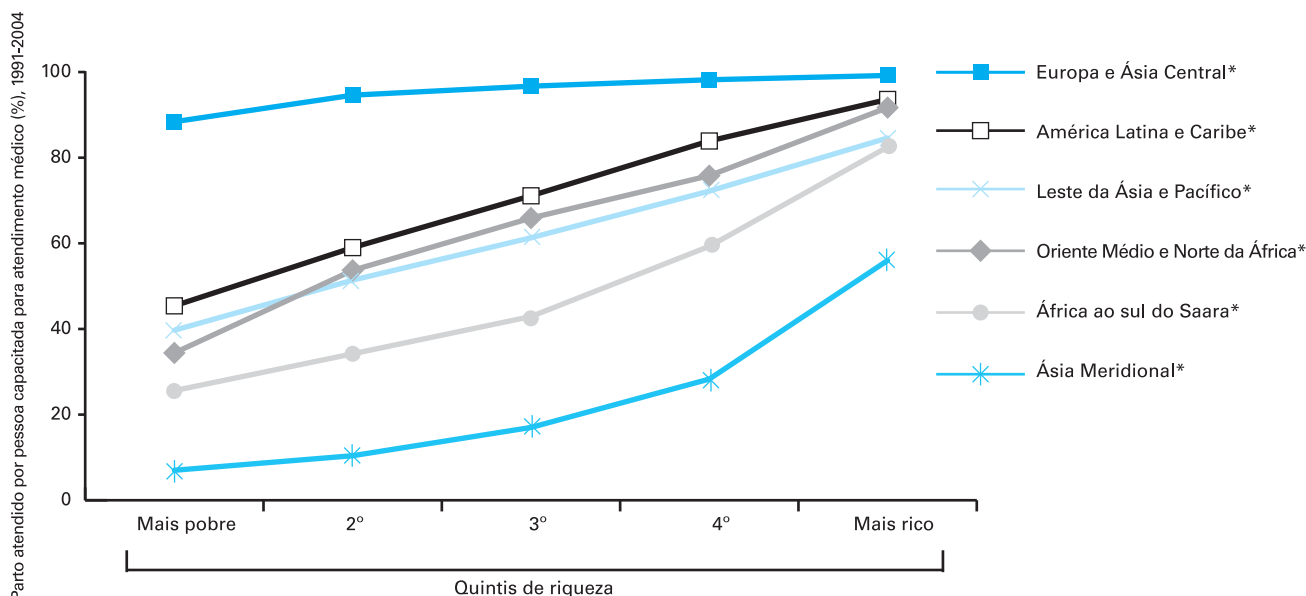
desenvolvimento apresentam disparidades semelhantes: mesmo na Europa e na Ásia Central – onde, em sua maioria, os países que dispõem de informações de pesquisas são antigas repúblicas socialistas –, a proporção de partos assistidos por pessoal de saúde especializado é significativamente mais baixa para as mulheres mais pobres do que para as mais ricas.

Outras medidas de disparidade no provimento de cuidados de saúde também são marcantes. Mães e crianças que vivem em áreas urbanas nos países em desenvolvimento tendem a ter maior acesso a cuidados de saúde e melhor *status* de saúde do que seus pares que vivem nas áreas rurais. Desigualdades socioeconômicas são igualmente acentuadas dentro de áreas urbanas, onde as condições de saúde entre moradores de favelas são particularmente adversas. Dentro de países, estados e províncias, as diferenças em relação à saúde de mães e crianças também são amplas, como exemplifica a acentuada variação nos indicadores de saúde entre os estados brasileiros mais prósperos, situados na Região Sul, e as regiões mais pobres do Nordeste.

Mães e crianças de famílias menos favorecidas não são devidamente atendidas por todo o *continuum* de cuidados. Dados provenientes de diversos países da África ao sul do Saara foram utilizados para documentar a proporção de mães e crianças que recebiam um pacote de quatro intervenções essenciais: atendimento pré-natal, partos assistidos por agente especializado, atendimento pós-natal e imunização infantil. Conforme o país, a cobertura com as quatro intervenções foi de duas a seis vezes mais alta entre os grupos mais ricos do que entre os grupos mais pobres. Esse padrão de desigualdade no provimento de cuidados de saúde

Figura 2.6

Mães que receberam atendimento especializado no momento do parto, por quintil de riqueza e região



* Ver Referências, página 108.

Fonte: Gwatkin, D.R. et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: An overview*. Washington DC: Health, Nutrition and Population, World Bank, setembro de 2007, p. 123-124.

reflete e aprofunda a exclusão social enfrentada pelos grupos menos favorecidos e mais marginalizados, e ajuda a explicar os motivos de variações socioeconômicas tão acentuadas em relação à mortalidade materna, neonatal e infantil.

Sistemas de saúde exercem um papel importante na superação dessas disparidades. Exemplos de todos os países em desenvolvimento mostram que muito pode ser feito, e está sendo feito, para enfrentar e reduzir as disparidades no acesso a serviços essenciais.

- Na *Tanzânia*, a prioridade a intervenções para combater doenças que afetam mães e crianças pobres e a alocação de orçamentos distritais de saúde preferencialmente para essas situações resultaram em reduções acentuadas na taxa de mortalidade.
- No *Peru*, os departamentos (províncias) mais pobres do país são designados como os primeiros a receber novas vacinas; as vacinas somente são liberadas para o restante do país após obter altos níveis de cobertura nesses distritos mais pobres.
- Em *Bangladesh*, a estratégia de Gestão Integrada de Doenças Infantis (Gidi) foi implementada sistematicamente nas áreas mais pobres do país; uma estratégia semelhante vem sendo utilizada pelo Programa Saúde da Família, no *Brasil*.

Uma vez que, como tendência, os menos favorecidos vivem em áreas rurais e remotas, a utilização de canais adequados para fazer chegar os serviços essenciais a essa população deve ser uma preocupação fundamental do setor da saúde. A Figura 2.7 mostra de que forma a implementação da estratégia de Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado (ACSD) reduziu desigualdades em relação ao acesso a atendimento pré-

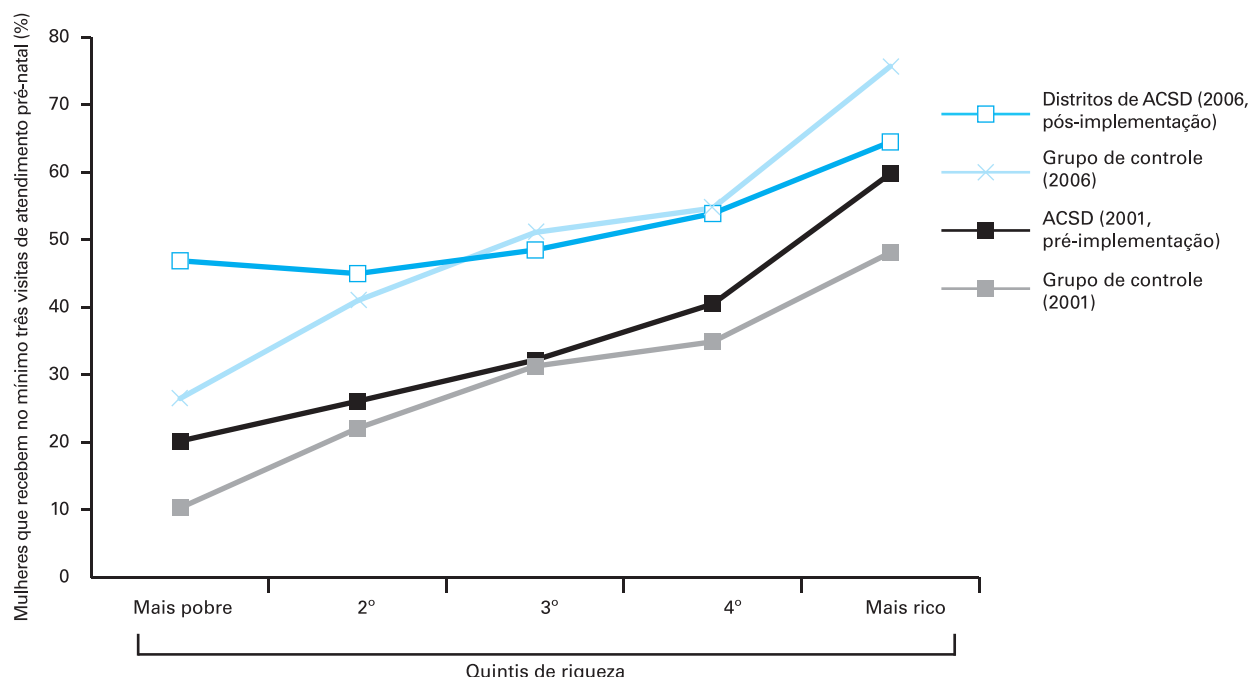
natal em Mali. Embora as estratégias de ACSD e de distritos de controle tenham mostrado disparidades sociais acentuadas antes da implementação do programa, em 2001, cinco anos depois o acesso ao atendimento pré-natal era significativamente mais equitativo nos distritos em que a ACSD foi implementada do que nas áreas de controle. A estratégia de ACSD baseou-se amplamente em iniciativas de ampliação do atendimento para áreas distantes, visando melhorar o acesso para mães de áreas rurais remotas. Essa constatação, entretanto, não se repetiu em outros países que implementaram a ACSD e nos quais as atividades de atendimento em áreas distantes não foram implementadas com consistência.

A redução das desigualdades na área da saúde é essencial para a plena realização dos direitos humanos. Lacunas no provimento de cuidados de saúde contribuem para a geração dessas desigualdades e, conseqüentemente, os sistemas de saúde também desempenham um papel importante na sua eliminação, o que é comprovado pela constatação de que os maiores ganhos na sobrevivência materna, neonatal e infantil dependem de efetivamente alcançar os mais pobres e mais marginalizados, que suportam o maior ônus gerado pelas doenças. Há inúmeros exemplos de iniciativas bem-sucedidas que, quando implementadas com apoio político suficiente e recursos adequados, resultam em reduções substanciais nas desigualdades na área da saúde. O principal desafio para países e sociedades é divulgar histórias de sucesso, adotar melhores práticas, e gerar e sustentar vontade política para dar prioridade máxima à igualdade na agenda da saúde.

Ver Referências, página 108.

Figura 2.7

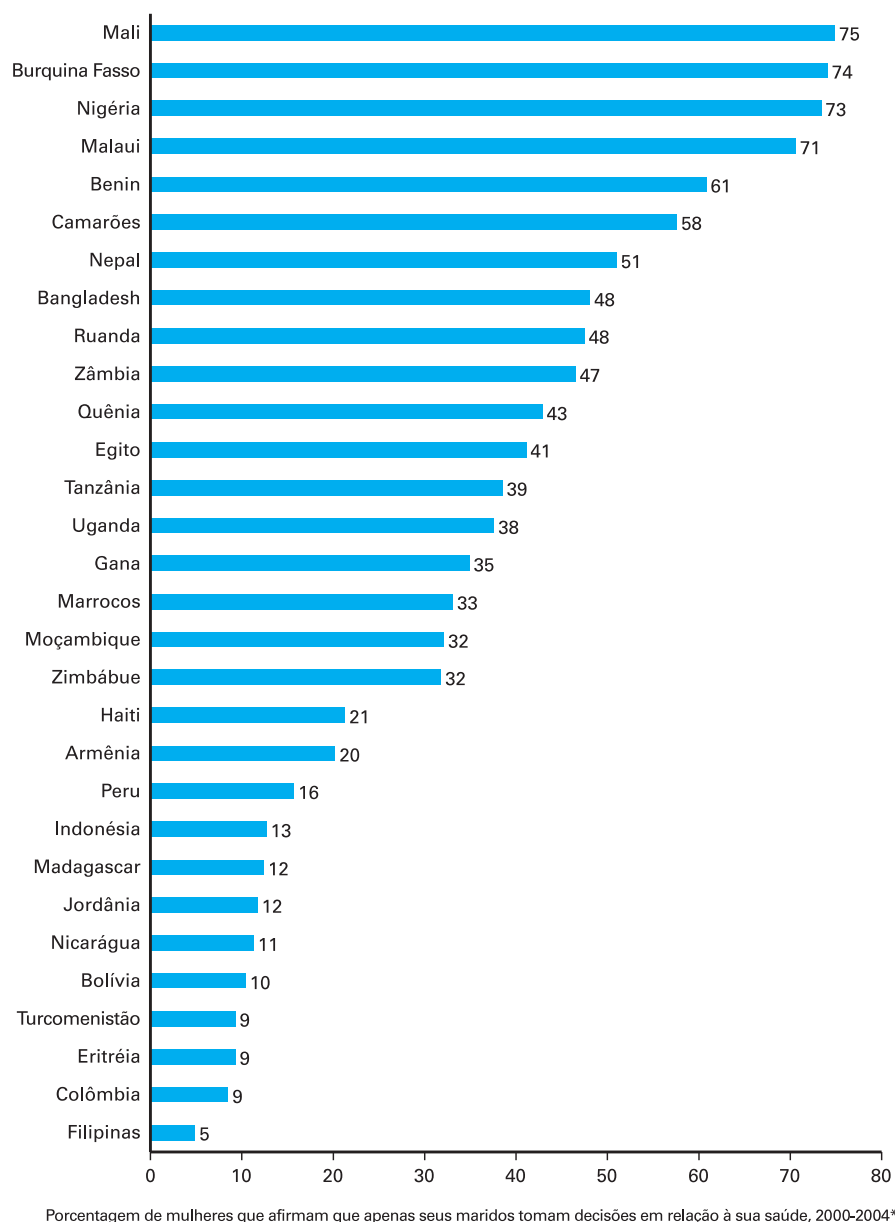
Mulheres em Mali que receberam no mínimo três visitas de atendimento pré-natal, antes e depois da implementação da iniciativa de Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado (ACSD)



Fonte: Universidade Johns Hopkins, 2008.

Figura 2.8

Nos países em desenvolvimento, muitas mulheres não têm voz ativa em relação às suas necessidades de cuidados de saúde



* Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado.

Fonte: Cálculos realizados pelo UNICEF com base em dados extraídos de Pesquisas sobre Demografia e Saúde.

Participação na vida familiar, comunitária, econômica, social e política

A discriminação de gênero pode impedir que as mulheres – as principais cuidadoras de crianças em todas as sociedades – participem plenamente, na família e na comunidade, de tomadas de decisão e de ações críticas que podem afetar a saúde das mães e das crianças. Essa questão foi extensamente analisada no relatório *Situação Mundial da Infância 2007: O duplo dividendo da igualdade de gênero*, que mostrou que, em muitos países da África ao sul do Saara, da Ásia Meridional e do Oriente Médio e Norte da África, mais de um terço das mulheres que participaram das pesquisas afirmou que apenas seus maridos tomavam decisões a respeito dos cuidados de saúde que elas próprias deveriam receber. Em entrevistas realizadas em 30 países através de seis regiões, foi considerável a porcentagem de mulheres que relataram que não participavam plenamente das tomadas de decisão em sua família.²⁹

Permitir que as mulheres participem em condições mais igualitárias em processos críticos e rotineiros de tomadas de decisão que afetam sua própria vida e a vida de seus filhos é uma condição essencial para a criação de um ambiente de apoio para a saúde materna e neonatal. Os estudos demonstram que, quando podem participar de decisões fundamentais, as mulheres são mais propensas a garantir que seus filhos sejam bem alimentados e a buscar cuidados médicos adequados para si mesmas e para suas crianças.³⁰

O aumento da capacidade da mulher de participar em decisões familiares é apenas parte da solução. Evidências produzidas pelas Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) indicam que grande parte do poder da mulher com

O estímulo às mulheres para que participem mais plenamente em processos de tomada de decisão é fundamental para a criação de um ambiente de apoio para mães e recém-nascidos.

relação à tomada de decisões é exercido no nível da comunidade.³¹ Quando se atribui às mulheres maior poder para participar em suas comunidades, elas conseguem desafiar atitudes e práticas que acobertam a discriminação de gênero, compartilham o trabalho, reúnem recursos, e promovem e sustentam coletivamente iniciativas para melhorar as condições de saúde materna e neonatal. A sagacidade de mulheres agindo coletivamente é um dos principais recursos que garantem que a maioria dos recém-nascidos e das mães sobreviva à gravidez e ao parto.

O aumento da participação das mulheres em processos fundamentais de tomada de decisão com relação a empregos e à vida política também é um fator crítico para a melhoria das condições de saúde materna e neonatal. Melhorias no *status* econômico podem ser vitais para ampliar a participação das mulheres em processos de tomada de decisão, com as conseqüentes implicações para a saúde de seus filhos. Quando têm maior influência sobre o gerenciamento de decisões familiares, as mulheres são mais propensas do que os homens a garantir que seus filhos sejam bem alimentados e que recebam cuidados médicos.³² A propriedade de bens também pode aumentar a influência da mulher na tomada de decisões na família: um estudo realizado na área rural de Bangladesh mostrou que mulheres que possuíam maior número de bens do que seus maridos antes de seu casamento tinham maior influência sobre as tomadas de decisão na família.³³

Apesar de alguns progressos no aumento de sua representação em legislaturas nacionais, em maio de 2008 as mulheres ainda representavam menos de 19% das parlamentares em todo o mundo.³⁴ Segundo o United Cities and Local Governments – uma

organização que desde 2003 vem publicando dados sobre a participação de mulheres em processos de tomada de decisão –, elas também estão sub-representadas em governos municipais: em 60 países pesquisados, representam apenas 9% dos prefeitos; e, em 67 países, constituem apenas 21% dos membros de conselhos locais.³⁵ Tendo em vista seu envolvimento limitado e relativamente recente na política partidária, ainda não é muito nítida a influência de mulheres parlamentares na produção de resultados para a saúde materna e neonatal. No entanto, as evidências sugerem que as mulheres parlamentares tendem a apoiar e promover vigorosamente medidas de atendimento à mulher e à criança – dando prioridade a iniciativas para prover cuidados infantis e fortalecer os direitos da mulher.³⁶

Grupos de mulheres também podem fazer diferença no nível local. Em 2004, a defesa exercida por ativistas pelos direitos da mulher convenceu o governo de Marrocos a apoiar um conjunto de leis contra a desigualdade de gênero e em favor da proteção dos direitos da criança. Essa legislação passou a ser utilizada como referência. Em Moçambique, no mesmo ano, grupos de mulheres fizeram campanha em favor da elevação de dois anos na idade legal de casamento – para 16 anos, com o consentimento dos progenitores, e para 18 anos, sem esse consentimento.³⁷

O aumento do poder da mulher para que participe plenamente em decisões familiares e na vida econômica e política é fundamental para a criação de um ambiente de apoio para mães e recém-nascidos. No entanto, os benefícios da participação das mulheres vão muito além do impacto que geram sobre as condições da saúde. As mulheres levam as comunidades e as sociedades a dar atenção às questões

críticas que afetam dois terços de seus cidadãos – mulheres e crianças – e a chegar a decisões a partir de uma base de influências e considerações mais rica.

Aumentando o poder de mulheres e meninas

Existe um considerável conjunto de evidências que comprovam os efeitos multiplicadores do investimento em igualdade de gênero e no aumento do poder da mulher. Investimentos direcionados para a educação, a saúde reprodutiva e os direitos econômicos e políticos das mulheres podem resultar em progressos na redução da pobreza, no desenvolvimento sustentável e no estabelecimento da paz.

É compreensível que os relatórios internacionais focalizem benefícios econômicos e sociais mais amplos: eles freqüentemente justificam investimentos que disputam com outras prioridades um volume de recursos limitado. Mas é fácil perder de vista os benefícios que o aumento de poder das mulheres pode gerar por si mesmo. Mulheres que detêm poder são mais capazes de controlar sua própria vida, atuam como agentes de mudanças em suas comunidades e buscam ativamente o atendimento dos interesses de seus filhos e de suas famílias. Essa atuação pode vir a assegurar que os recursos que entram na família sejam gastos nos itens mais importantes, tais como alimentos nutritivos, educação e cuidados de saúde. Pode levar também à demanda por serviços que garantirão às mulheres o melhor atendimento possível durante a gravidez e no momento do parto, e que protegerão a saúde de seus bebês.

No nível local, a cooperação entre mulheres é freqüentemente um estímulo essencial para o aumento de seu poder. Grupos informais de mulheres

Adaptando serviços de maternidade à cultura de áreas rurais no Peru

O Peru, um país de renda média baixa em que 73% da população vivem em áreas urbanas, conseguiu enormes progressos em relação à redução de mortes infantis – de uma em cada seis crianças, em 1970, para uma em cada 50, em 2006. Entre 1990 e 2007, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos do país caiu em 74% – a taxa de declínio mais rápida em toda a região da América Latina e Caribe para esse período. Entretanto, teve menos sucesso na área da saúde materna. Sua taxa de mortalidade materna, estimada em 240 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, em 2005, situa-se entre as mais altas da região. Além disso, a mulher peruana enfrenta um risco estimado de mortalidade materna ao longo da vida de uma em 140 – duas vezes a média regional, que é de uma em 280.

A relativa ausência de progressos do país em relação à redução de mortes maternas resultou em sua inclusão na lista de países prioritários da iniciativa Contagem Regressiva para 2015, cujo critério foi ampliado para incluir limites de mortalidade materna, além dos limites de mortalidade infantil estabelecidos em 2005. De acordo com o Ministério da Saúde, as mulheres que vivem nas áreas rurais têm probabilidade duas vezes maior de morrer devido a causas relacionadas à gestação do que as mulheres que vivem em áreas urbanas. Em 2000, apenas 20% dos partos realizados nas comunidades rurais foram assistidos por agentes de saúde especializados, em comparação com 69% nas áreas urbanas.

Assim como outros países da região da América Latina e Caribe, o desafio do Peru para melhorar as condições da saúde materna e neonatal – e maior potencial para o progresso – é solucionar disparidades relacionadas a etnia, geografia e pobreza extrema. Para tanto, será necessário colocar à disposição serviços de qualidade para mulheres e bebês em seus locais de residência ou próximo a eles, e fornecer uma rotina integrada, assim como atendimento obstétrico e neonatal de emergência.

Parte do desafio é adaptar os atuais serviços de saúde, freqüentemente baseados em centros de saúde ou na ampliação do atendimento para áreas remotas, aos costumes das comunidades que atualmente são precariamente atendidas pelo sistema de saúde. Por exemplo, seguindo práticas tradicionais e culturais, as mulheres das áreas rurais podem preferir dar à luz em casa, em posição vertical, sob a orientação de parteiras tradicionais, do que em uma sala de parto de um centro de saúde. Além disso, mesmo quando essas mães decidem buscar cuidados formais, a distância até um centro de saúde, o custo dos serviços, barreiras de idioma e outros impedimentos podem detê-las.

Garantir que mães tenham a opção de dar à luz em casa, com o atendimento de agentes de saúde especializados e um forte sistema de encaminhamento para emergências obstétricas, quando necessário, pode constituir uma forma adequada de integrar serviços formais de saúde com práticas tradicionais. Para tal fim, o Ministério da Saúde, associado ao UNICEF Peru, desenvolveu um projeto de saúde materna que inclui quatro estratégias básicas:

- Estabelecer casas de espera para as gestantes, para solucionar a dificuldade imposta pela distância geográfica até os serviços de saúde.
- Favorecer o apoio familiar e da comunidade para dar prioridade à maternidade e à condição de mãe.
- Aumentar o acesso ao Serviço Integral de Saúde, que cobre os custos do atendimento pré-natal, durante o parto e no período pós-parto para famílias pobres.
- Adaptar serviços de maternidade, visando eliminar barreiras entre equipes que trabalham em centros de saúde e mães que possuem tradições culturais profundamente arraigadas em relação ao parto.

As casas de espera para as gestantes, apelidadas de “Mamawasi”, são construídas para estimular as mulheres que vivem em áreas rurais a optar por dar à luz em centros de saúde, e não em casa. Atualmente, há cerca de 400 casas localizadas em terrenos pertencentes a centros de saúde ou hospitais; outras são casas alugadas nas regiões de Apurímac, Ayacucho e Cuzco. Gestantes de comunidades próximas ou distantes podem permanecer nos quartos de espera até o momento do parto. Mulheres de vilarejos remotos podem ficar por semanas ou meses. A Mamawasi é projetada para ser semelhante à casa típica de famílias indígenas em um vilarejo agrícola. As gestantes podem trazer membros de suas famílias para as casas, o que aumenta sua confiança e o nível de conforto na utilização do serviço.

Os centros de saúde também modificaram suas práticas. Por exemplo, a posição vertical de parto é aceita, um membro da família ou uma parteira tradicional pode acompanhar a mulher durante o parto, e os centros são mantidos a uma temperatura ambiente mais alta.

A cada dia, esse programa vem transformando os serviços de saúde, ao promover sensibilização cultural em relação ao atendimento nessa área. O distrito de Huancarani, localizado na província andina de Paucartambo, na região de Cuzco, obteve grande sucesso na implementação da nova estratégia. No total, atualmente cerca de três em cada quatro gestantes visitam os centros de saúde nas regiões atendidas, principalmente para dar à luz, enquanto a proporção anterior era de uma em cada quatro. O programa foi integrado às políticas de saúde distritais e provinciais e, em 2004, foi adotado pelo Ministério da Saúde como padrão nacional a ser implementado em todo o país. O Ministério da Saúde criou também módulos de capacitação para ensinar aos agentes de saúde como tornar os serviços culturalmente adequados.

Ver Referências, página 108.

O Sudão do Sul: após a paz, uma nova batalha contra a mortalidade materna

Em 2005, após 21 anos de conflito, a guerra civil entre o norte e o sul do Sudão chegou ao fim. Embora a luta tenha cessado quase totalmente, o Sudão do Sul enfrenta outra luta – contra a mortalidade materna e neonatal. De acordo com a Pesquisa Domiciliar sobre Saúde no Sudão, realizada em 2006, a taxa de mortalidade materna para Equatória Ocidental – uma província no Sudão do Sul – chegou a 2.327 mortes por 100 mil nascidos vivos, uma das mais altas em todo o mundo. A taxa de mortalidade neonatal de 2006 foi de 51 mortes por mil nascidos vivos, significativamente acima da taxa nacional do país, de 41 por mil nascidos vivos.

A cobertura geral estimada de atendimento de saúde, gerenciada, em grande parte, por um pequeno número de organizações não-governamentais, é de apenas 25%. Mesmo quando o atendimento de saúde está disponível, os serviços de saúde materna são limitados e nem sempre são utilizados. Parte dos motivos pode ser a falta de instrução. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) estima que, em 2006, a taxa de alfabetização para mulheres do Sudão do Sul era de apenas 12%, em comparação a 37% para os homens. Portanto, as mulheres têm acesso limitado a informações sobre saúde.

Outro motivo possível são as longas distâncias que as gestantes precisam percorrer a pé para chegar aos centros de atendimento pré-natal. Conseqüentemente, as taxas de frequência variam acentuadamente de acordo com a localização – de 17,4%, no estado de Unidade, para cerca de 80%, em Equatória Ocidental, em 2006. No Sudão do Sul, menos de 15% dos partos são assistidos por agentes de saúde especializados, e 80% deles ocorrem em casa, sob a supervisão de parentes, atendentes tradicionais ou parteiras locais (atendente de parto do sexo feminino que recebeu tipicamente cerca de nove meses de capacitação). Entretanto, grande parte das causas de morte materna – incluindo obstrução prolongada de trabalho de parto, hemorragias, sépsis e eclâmpsia – poderia ser gerenciada por agentes de saúde mais qualificados.

A qualidade dos serviços de atendimento pré-natal e de parto disponíveis é baixa devido à falta de provedores de serviços qualificados tecnicamente. Nos dez estados do Sudão do Sul, parteiras, atendentes tradicionais e outros provedores de atendimento materno e neonatal não possuem a capacitação necessária para realizar procedimentos simples de enfermagem e de preservação da vida. A falta de equipamentos e suprimentos, sistemas precários de encaminhamento e infra-estrutura física e de transporte inadequada também impedem o provimento

de serviços de saúde. O atendimento pós-natal é praticamente inexistente, embora a maior parte das mortes maternas e de recém-nascidos no Sudão do Sul ocorra durante o período pós-natal.

Com esse pano de fundo, o governo do Sudão do Sul e seus parceiros vêm empreendendo esforços para fortalecer os serviços de saúde materna. A Política Interina de Saúde para 2006-2011 destaca uma abordagem integrada que reconhece a necessidade de melhorar os serviços de saúde e, simultaneamente, proteger os direitos da mulher. O Ministério da Saúde comprometeu-se a criar mais centros para cuidados primários, saúde reprodutiva e materna e, ao mesmo tempo, apoiar a utilização de meios de comunicação de massa e serviços de orientação, para divulgar informações sobre nutrição, práticas tradicionais prejudiciais e saúde sexual. Para atender às necessidades imediatas de cuidados de saúde, parteiras comunitárias que possuem qualificações básicas vêm sendo “rastreadas”, com o apoio do UNFPA. Em junho de 2006, foi criado o primeiro centro de tratamento de fístulas do Sudão do Sul, no Hospital Juba Teaching.

Para acelerar a implementação dessa estratégia, o governo já criou uma Diretoria de Saúde Reprodutiva, e está recrutando coordenadores estaduais para facilitar, acompanhar e coordenar atividades relacionadas à saúde materna e neonatal em cada estado. O UNICEF apóia a expansão de serviços de atendimento pré-natal e de emergências obstétricas em diversos estados e a divulgação de mensagens básicas sobre saúde nas rádios e por meio da ampliação do atendimento comunitário em áreas distantes.

Há desafios pela frente. O retorno de refugiados e os movimentos de muitas populações deslocadas internamente, a alta taxa de fertilidade (6,7) no Sudão do Sul e o aumento das taxas de infecção por HIV entre algumas populações necessitam de um programa sistemático de saúde. A luta pode ser longa, mas aqueles que assumiram o compromisso de vencê-la já estão trabalhando.

Ver Referências, página 108.

geralmente se reúnem com objetivos práticos, tais como a organização de uma horta para prover uma fonte de renda independente da de seus maridos – embora o sentido de solidariedade e os problemas compartilhados por esses grupos possam contribuir para o sentido de aumento de poder e para a demanda por melhores serviços de atendimento de saúde para as mães, os recém-nascidos e as crianças.

Envolvendo homens e meninos adolescentes nos cuidados e no atendimento de saúde das mães e dos recém-nascidos

Com frequência, fica evidente a ausência de homens em relatórios que defendem igualdade de gênero – salvo quando eles representam o problema. Podem aparecer como praticantes de abuso ou como tiranos domésticos, como aqueles esbanjadores que desperdiçam a preciosa renda familiar em itens não essenciais, ou como parceiros sexuais irresponsáveis que não assumem a responsabilidade pela concepção.

Na área da saúde materna e neonatal, os homens geralmente são excluídos da literatura. É compreensível o sentimento de falta de consideração que afeta as centenas de milhões de pais e parceiros que estão ativamente

envolvidos na busca pelo melhor atendimento possível à maternidade e que assumem plenamente a responsabilidade paterna com relação ao bem-estar de seus filhos.

O outro lado da moeda é que, ao tirar os homens de cena, eles podem, de certa forma, ser deixados de lado, legitimados em sua falta de responsabilidade por esse aspecto fundamental da vida familiar.

O nascimento de uma criança, especialmente do primeiro filho, é frequentemente um marco na vida de um homem. Pode cristalizar sua auto-percepção como um ser humano cuidador, responsável por outras pessoas que dependem dele. De maneira mais geral, envolver o homem no atendimento à sua parceira grávida e a seu filho recém-nascido pode ser uma oportunidade marcante para estabelecer um relacionamento de apoio positivo que poderá durar por toda a vida.

As evidências indicam que os homens tendem a ser pais mais engajados e participativos quando têm um sentimento positivo com relação a si mesmos e a seus relacionamentos, e quando suas famílias e seus amigos apóiam seu envolvimento na vida de

seus filhos. Um homem que compartilha as responsabilidades como progenitor também é mais propenso a compartilhar com sua mulher os processos familiares de tomada de decisão, contribuindo dessa forma para o aumento de poder que deve ser garantido a ela.³⁸

Programas que estimulam a participação do homem e da mulher podem contribuir para esse processo, por meio do aumento da comunicação entre os sexos e do estímulo a uma divisão mais equilibrada das tarefas ligadas aos cuidados com os filhos. Além disso, os empregadores devem reconhecer o papel desempenhado por cada um dos progenitores na criação dos filhos, de modo que o homem e a mulher sejam motivados a conciliar trabalho e responsabilidades familiares.

Conectando o ambiente de apoio ao *continuum* de cuidados

A criação de um ambiente de apoio à saúde materna e neonatal proverá uma fundação sólida para a ampliação de intervenções essenciais, dentro de um *continuum* de cuidados dinâmico, que constitui o foco do Capítulo 3.

3 *O continuum de cuidados no tempo e no espaço: riscos e oportunidades*



Um continuum de cuidados eficaz presta serviços essenciais para mães e crianças em momentos críticos da adolescência, antes da gravidez, durante a gravidez, no momento do parto e nos períodos pós-natal e neonatal, e em locais convenientes para a família e a comunidade, por meio de intervenções ampliadas para o atendimento externo e ambulatorial, e em centros de saúde que ofereçam fácil acesso para as mães e as crianças. No entanto, talvez mais vital para a redução da mortalidade materna e neonatal sejam a qualidade do atendimento pré-natal, partos assistidos por pessoal de saúde especializado e atendimento pós-natal para as mães e os recém-nascidos. Garantir que cuidados para emergências obstétricas e neonatais estejam disponíveis para resolver complicações no momento do parto pode salvar muitas vidas que atualmente são perdidas durante o nascimento e o período imediatamente após o nascimento. O Capítulo 3 do relatório Situação Mundial da Infância 2009 analisa os serviços essenciais que sustentam o continuum de cuidados e de que maneira essas intervenções podem ser ampliadas e aprimoradas

O continuum de cuidados: Prestação de serviços em momentos críticos

A cada estágio da vida, do nascimento à velhice, há demandas de saúde cruciais. Os serviços destinados a atender às necessidades inter-relacionadas de mães e recém-nascidos exigem altos níveis de continuidade e integração – características nem sempre evidenciadas em políticas, programas e parcerias nacionais e internacionais voltadas à saúde que buscam melhorar a saúde materna e neonatal.

O *continuum* da estrutura de cuidados procura transcender a ênfase tradicional em intervenções isoladas, relacionadas a enfermidades específicas. Defende um modelo de cuidados primários de saúde que engloba todos os estágios de saúde da mãe, do recém-nascido e da criança. No entanto, o sucesso dessa estrutura depende da prestação de serviços essenciais e da implementação de práticas aprimoradas em momentos fundamentais do ciclo de vida, ligando mães, recém-nascidos e suas famílias e comunidades a serviços básicos de saúde e de maternidade de boa qualidade.¹

O Capítulo 3 descreve os serviços essenciais necessários para garantir um *continuum* de cuidados maternos e neonatais, incluindo melhor nutrição; água limpa, instalações e práticas de saneamento e higiene; prevenção e tratamento de doenças; serviços de saúde reprodutiva de qualidade; atendimento pré-natal adequado; assistência especializada no momento do parto; atendimento obstétrico e neonatal de emergência, básico e abrangente; atendimento pós-natal; atendimento neonatal; e Gestão Integrada de Doenças Neonatais e Infantis.

Este capítulo examina também, resumidamente, os locais de prestação de serviços de saúde: nos níveis familiar e comunitário, serviços ampliados para atendimento externo e serviços ambulatoriais, e atendimento baseado em centros de saúde.

Serviços de saúde reprodutiva de qualidade

Embora inicialmente os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) não tenham incluído metas relacionadas à saúde reprodutiva, o Encontro de Cúpula realizado em setembro de 2005 decidiu adotar como

meta o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015.

Subseqüentemente, uma nova estrutura de ODM foi adotada, e as metas revisadas em janeiro de 2008 incluem uma meta de saúde reprodutiva (*ver detalhes da nova meta e dos novos indicadores no Destaque, página 20*)

A nova meta reflete, em parte, um consenso cada vez maior quanto à necessidade de melhorar a saúde reprodutiva. Outra meta é conter a incidência crescente de infecções do trato reprodutivo e de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV. A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou o sexo inseguro como o segundo fator de risco mais importante relacionado a morte e incapacitação nos países mais pobres, e o nono mais importante nos países desenvolvidos.² Cerca de 50% das novas infecções por HIV ocorrem entre jovens, principalmente mulheres – na África ao sul do Saara, o número de mulheres infectadas com HIV é cerca de duas vezes maior do que de homens.³

A criação de capacidade em saúde reprodutiva em nível nacional requer a identificação de problemas, o estabelecimento de prioridades e a

Nutrição adequada para mulheres, incluindo maior consumo de alimentos e suplementação com micronutrientes, é uma condição crítica para a saúde e a sobrevivência das mães e dos recém-nascidos.

formulação de estratégias com participação de todos os envolvidos. A OMS identificou cinco prioridades fundamentais ligadas a serviços de saúde reprodutiva: fortalecimento da capacidade dos sistemas de saúde; aprimoramento das informações para o estabelecimento de prioridades; mobilização de vontade política; criação de estruturas legais e marcos regulatórios de apoio; e fortalecimento do acompanhamento, da avaliação e da responsabilização.⁴

Melhorando a nutrição de mães e recém-nascidos

A nutrição adequada de meninas adolescentes e gestantes é uma condição crítica para a saúde e as perspectivas de sobrevivência materna e neonatal. A subnutrição de mães jovens aumenta os riscos de saúde tanto para elas como para seus bebês. Um índice baixo de massa corporal (inferior a 18,5 kg/m²) para gestantes aumenta o risco de morte materna e neonatal; o mesmo ocorre quando uma gestante

sofre de retardo de crescimento. A massa corporal reduzida pode restringir o crescimento do feto, o que é um fator de risco para condições neonatais, como baixo peso ao nascer.⁵

Os programas destinados à promoção da saúde materna focalizam cada vez mais a melhoria da nutrição das meninas e das mulheres durante todo o ciclo de vida. Ao lado de maior consumo de alimentos, preconiza-se a administração de suplementos de ácido fólico e ferro durante a gravidez e mesmo anteriormente, bem como de suplementos de vitamina A durante o período pós-parto. Além disso, uma dieta variada, o uso de sal iodado e a eliminação de vermes são intervenções de importância fundamental para reforçar a condição nutricional de gestantes e mães.

A suplementação com ácido fólico mostrou-se eficaz na prevenção de deficiências do tubo neural e, de modo geral, programas de atendimento pré-

natal devem fornecer também outros micronutrientes, como o zinco. Existem ligações comprovadas entre deficiência de zinco e deficiências de crescimento, diarreia e malária.⁶

Conquistar a confiança de gestantes por meio de tais programas de suplementação de micronutrientes pode ser um modo útil de incentivá-las a participar de maneira continuada de outras formas de atendimento profissional pré-natal. O uso cada vez maior de clínicas e hospitais também ajudará a coletar dados sobre a saúde de gestantes e mães, particularmente escassos nas regiões menos desenvolvidas e nos países e comunidades mais pobres.

Enfrentando doenças infecciosas, HIV e malária

Como foi enfatizado no Capítulo 1, as infecções graves estão entre as principais causas diretas de morte materna e neonatal. São responsáveis por cerca de 36% dos óbitos de recém-



© UNICEF/DJBA00285/Giacomo Prozzi

São necessários agentes de saúde com melhor qualificação para fornecer serviços vitais a mulheres em momentos críticos durante a gestação. Em Djibuti, enfermeira examina gestante em atendimento pré-natal no Centro de Saúde Engueila.

A redução da incidência de infecções e a prevenção e o tratamento de HIV e malária são ações vitais para melhorar as condições da saúde materna e neonatal.

nascidos registrados em 2000, o último ano para o qual existem estimativas consistentes com relação a causas de morte. Portanto, a redução da incidência de condições infecciosas, tais como sépsis/pneumonia, tétano e infecções sexualmente transmissíveis, assim como a prevenção e o tratamento de HIV e malária são fundamentais para a melhoria da saúde materna e neonatal (*Sobre eliminação do tétano materno e neonatal, ver Destaque, página 49*).

Prevenir a infecção por HIV em mulheres em idade reprodutiva e tratar as gestantes infectadas com as combinações de medicamentos disponíveis são ações que podem reduzir sensivelmente a transmissão do vírus para as crianças. Para impedir a infecção, é fundamental

aumentar o nível de informações abrangentes sobre HIV entre jovens de ambos os sexos na faixa etária de 15 a 24 anos. Em 14 dos 17 países que dispõem de dados suficientes, observou-se um declínio das taxas de prevalência de HIV entre gestantes entre 15 e 24 anos de idade a partir de 2000/2001.⁷ Essa evolução positiva é animadora, mas muito ainda precisa ser feito no sentido de intensificar as atividades de prevenção de HIV e enfrentar os fatores sociais, econômicos e políticos que impulsionam a epidemia de aids.

Em consonância com o novo foco dos ODM em saúde reprodutiva, os programas voltados à melhoria da sobrevivência materna devem incluir intervenções no sentido de ajudar a reduzir a incidência de doenças

sexualmente transmissíveis e oferecer tratamento para as mesmas.

Em áreas endêmicas de malária, a distribuição para as mulheres grávidas de mosquiteiros tratados com inseticida pode reduzir a incidência da infecção de malária, melhorando as condições de saúde tanto da gestante como do feto. Para prevenir e tratar essa doença, vem sendo utilizado um tratamento preventivo, aplicado de maneira intermitente durante a gestação. Esse tratamento consiste na administração de uma dose única de um medicamento antimalárico composto, no mínimo duas vezes durante a gestação, independentemente de a gestante apresentar ou não a doença. Embora seja considerado eficaz, esse tratamento ainda tem cobertura limitada em áreas endêmicas de malária.⁸

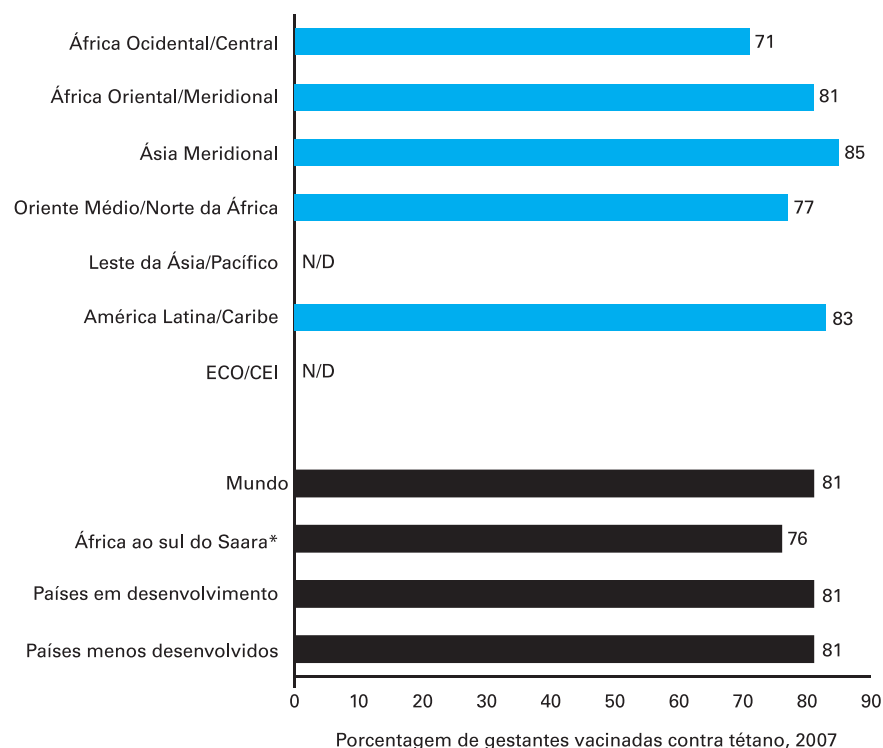
Expandindo o atendimento pré-natal

É possível evitar, detectar ou tratar a maior parte dos problemas de saúde das gestantes por meio de consultas no período pré-natal. O atendimento pré-natal permite atingir gestantes com intervenções múltiplas, que podem ser vitais para o bem-estar da mãe e do bebê. Os suplementos nutricionais de proteínas, ácido fólico e ferro fornecidos por profissionais de saúde especializados ou por agentes de saúde comunitários podem ter efeitos benéficos, reduzindo a probabilidade de subnutrição e anemia da mãe e de baixo peso do recém-nascido.

O UNICEF e a OMS recomendam no mínimo quatro visitas de atendimento pré-natal. Essas visitas ajudam a fornecer serviços essenciais às gestantes, incluindo medidas para identificação e tratamento de malária e anemia; imunização antitetânica; gestão de infecções sexualmente transmissíveis e terapia anti-retroviral para gestantes HIV positivo; e

Figura 3.1

Proteção contra tétano neonatal



* África ao sul do Saara inclui as regiões África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

Fonte: UNICEF e Organização Mundial da Saúde.

Eliminando o tétano materno e neonatal

O tétano permanece como causa significativa de mortalidade materna e neonatal, responsável pela morte de mais de 180 mil recém-nascidos e entre 15 mil e 30 mil mães em 2002. A condição desenvolve-se quando uma bactéria – *Clostridium tetani* – infecta um corte ou um ferimento. Partos realizados sem higiene ou práticas abortivas podem resultar em tétano materno, ao passo que o tétano neonatal é causado por cuidados não higiênicos em relação ao cordão ou ao coto umbilical de bebês. Na ausência de cuidados hospitalares intensivos, o tétano neonatal é quase sempre fatal. Assim como outras causas de morte materna e neonatal, a maioria dos casos fatais relacionados ao tétano ocorre na África ao sul do Saara e na Ásia. Essas mortes ocorrem principalmente nas comunidades pobres e marginalizadas, nas quais as mulheres têm pouco conhecimento sobre práticas seguras de parto e onde seu acesso a atendimento de saúde de qualidade, quando existe, é limitado.

O tétano é facilmente evitável por meio da vacinação de mulheres adultas e de práticas higiênicas durante o parto. Desde 1980 – o ano mais recente com dados abrangentes disponíveis –, a melhoria na implementação dessas duas medidas, principalmente a imunização de gestantes, vem reduzindo significativamente o número de casos de tétano materno e neonatal e de mortes causadas por essa doença. Em 1988, o tétano foi responsável por cerca de 800 mil mortes de recém-nascidos, e mais de 90 países relataram um ou mais casos de tétano neonatal por mil nascidos vivos, no nível distrital. Em meados de 2008, o número de países que relataram um ou mais casos de tétano materno e neonatal no nível distrital caiu para 46.

A imunização é uma das ações mais significativas contra o tétano materno e neonatal. Foi comprovada a eficácia do toxóide tetânico contra a doença: na maioria dos casos, duas doses garantem concentrações protetoras de antitoxinas, e a terceira dose garante quase 100% de imunidade. A taxa global de vacinação contra tétano neonatal para gestantes aumentou acentuadamente – de 9%, em 1980, para 81%, em 2007. No entanto, essa taxa significa que um em cada cinco recém-nascidos ainda deixa de receber a proteção. Em parte, vários fatores são responsáveis por essa situação: oportunidades perdidas para a vacinação de gestantes quando comparecem a postos de saúde para atendimento pré-natal; mulheres que buscam a imunização tarde demais; ou falha no provimento de imunização pós-parto para proteger futuras gestações.

Indivíduos em risco de contrair tétano vivem em comunidades com pouco acesso a serviços de saúde e de imunização. Para alcançá-los, foi criada uma solução inovadora, identificada como “abordagem de alto risco”. Essa abordagem visa imunizar todas as mulheres em idade fértil que vivem em áreas consideradas de alto risco com no mínimo duas doses da vacina de toxóide tetânico (TT). Os fatores de risco para o tétano, que incluem práticas não higiênicas durante o parto e falta de imunização, são explicados às comunidades. São

promovidas melhorias nas práticas de parto e é reforçada a vigilância em relação ao tétano neonatal. Doses de reforço são fornecidas a mulheres que não foram vacinadas com toxóide tetânico na infância.

A abordagem de alto risco foi amplamente adotada, possibilitando que 64 milhões de mulheres recebessem no mínimo duas doses de toxóide tetânico entre 1999 e 2005. No nível nacional, os resultados foram impressionantes,:

- No *Nepal*, antes do lançamento do programa de imunização, no início da década de 1980, as pesquisas mostravam altas taxas de tétano neonatal entre recém-nascidos. Após a introdução da imunização de mulheres adultas e da implementação da abordagem de alto risco, as taxas registradas em 2005 em cada distrito haviam caído para menos de uma morte causada por tétano neonatal por mil nascidos vivos.
- Uma pesquisa realizada no *Egito* em 1986 indicou que, para cada mil crianças nascidas, sete morreriam de tétano neonatal; e nas áreas rurais, registrou taxas de dez por mil nascidos vivos. Em 2007, na sequência da implementação da abordagem de alto risco, a taxa em todos os distritos foi reduzida para menos de uma morte por mil nascidos vivos.
- Em meados da década de 1980, *Bangladesh* registrava taxa alta de tétano neonatal que, em algumas regiões do país, chegou a entre 20 e 40 casos por mil nascidos vivos. Nessa época, apenas 5% das mulheres em idade fértil eram imunizadas com toxóide tetânico, e apenas 5% das gestantes conseguiam ter um parto em boas condições de higiene. A adoção da abordagem de alto risco ajudou Bangladesh a reduzir a mortalidade causada por tétano neonatal que, em 2008, caiu para menos de uma morte por mil nascidos vivos.

Alguns países utilizaram a abordagem de alto risco para aplicar outras intervenções simultaneamente à vacina de toxóide tetânico, incluindo vacina contra sarampo (por exemplo, Quênia e Sudão do Sul) e vitamina A (por exemplo, República Democrática do Congo). Outros países, tais como Etiópia, Uganda e Zâmbia, incorporaram a abordagem a mecanismos de distribuição de pacotes de intervenções essenciais. Um benefício fundamental da abordagem de alto risco, além de reduzir o tétano neonatal, consiste na redução da desigualdade no acesso a cuidados de saúde materna e neonatal nos países. Mostra também que é possível oferecer intervenções de saúde a populações que freqüentemente foram esquecidas ou omitidas.

Ver Referência, página 109.

O atendimento pré-natal permite atingir gestantes com intervenções múltiplas, tais como imunização, suplementação com micronutrientes e melhores práticas de higiene.

fornecimento de informações essenciais às gestantes sobre riscos na gestação e no parto. Devido à limitação de dados, e uma vez que a oferta desses cuidados em muitos países é sensivelmente inferior ao mínimo recomendado pelo grupo interagências da ONU, a maior parte dos dados diz respeito a mulheres que receberam pelo menos uma visita de atendimento pré-natal.⁹

No mundo em desenvolvimento como um todo, 75% das gestantes recebem pelo menos uma vez atendimento pré-natal prestado por profissionais de saúde especializados, embora as pesquisas domiciliares que registram esses dados não forneçam indicações quanto à qualidade dos cuidados ou da informação transmitida.

Em três regiões – América Latina e Caribe, Europa Central/Oriental e Comunidade de Estados Independentes, Leste da Ásia e Pacífico –, cerca de nove entre dez gestantes recebem visitas de atendimento pré-natal pelo menos uma vez. Essas porcentagens são bem inferiores no Oriente Médio e no Norte da África, na África ao sul do Saara (72% em ambas as regiões) e na Ásia Meridional (68%).

No entanto, mesmo com a cobertura relativamente baixa encontrada nessas regiões, o atendimento pré-natal representa uma oportunidade significativa de levar intervenções essenciais a uma grande proporção de gestantes.¹⁰

A oferta de pacotes de intervenções essenciais, incluindo aquelas que já despertam forte interesse – como mosquiteiros tratados com inseticida –, pode vir a reforçar a demanda por atendimento pré-natal e a utilização desse serviço. Pode também incentivar as mulheres a buscar atendimento em clínicas e a participar de eventos externos de atendimento pré-natal desde o início da gravidez.

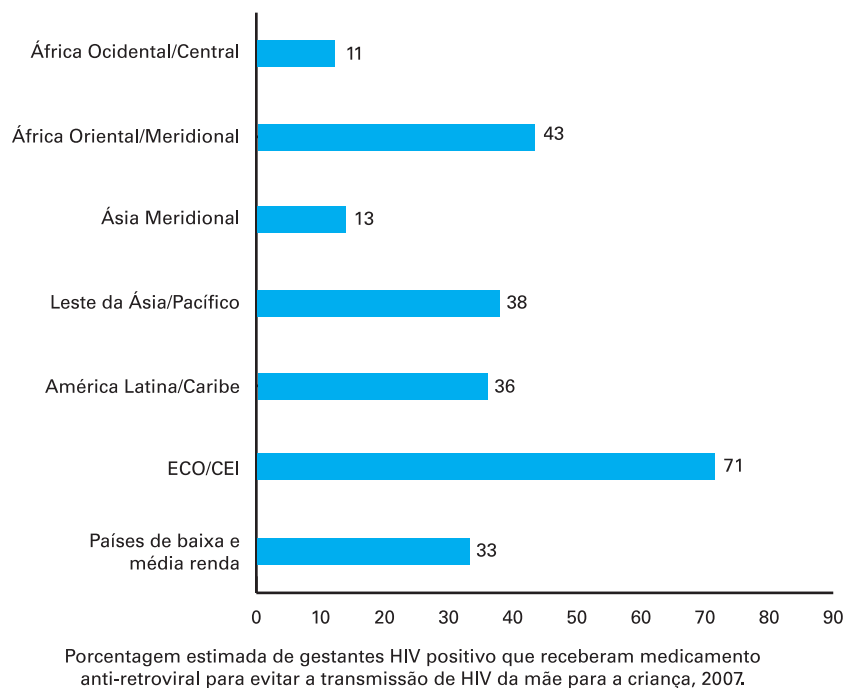
Garantindo atendimento especializado no momento do parto

O parto pode ser um momento de risco, não apenas para o bebê, mas também para a mãe. Três quartos dos óbitos maternos resultam de complicações ocorridas durante o parto ou no período imediatamente após o nascimento. Essas complicações incluem: hemorragia (25% dos óbitos maternos); infecções (15%); complicações decorrentes de aborto (13%); eclâmpsia ou distúrbios hipertensivos (12%); e trabalho de parto obstruído (8%).¹¹

É possível reduzir as mortes maternas causadas por complicações do parto com o aumento do número de partos assistidos por profissionais da saúde especializados – um médico, uma enfermeira ou uma parteira capacitada. O pessoal de saúde capacitado deve estar habilitado não só a dar assistência em um parto normal ou com complicações moderadas, mas também a reconhecer a ocorrência de complicações mais sérias, que exigem atendimento de emergência mais especializado. Entretanto, mesmo profissionais especializados na área da saúde precisam ter acesso a medicamentos, materiais e equipamentos essenciais para proporcionar cuidados adequados – particularmente diante da ocorrência de complicações como hemorragia, sépsis e parto obstruído. É preciso também que

Figura 3.2

Profilaxia anti-retroviral para mães HIV positivo visando evitar a transmissão de HIV da mãe para a criança

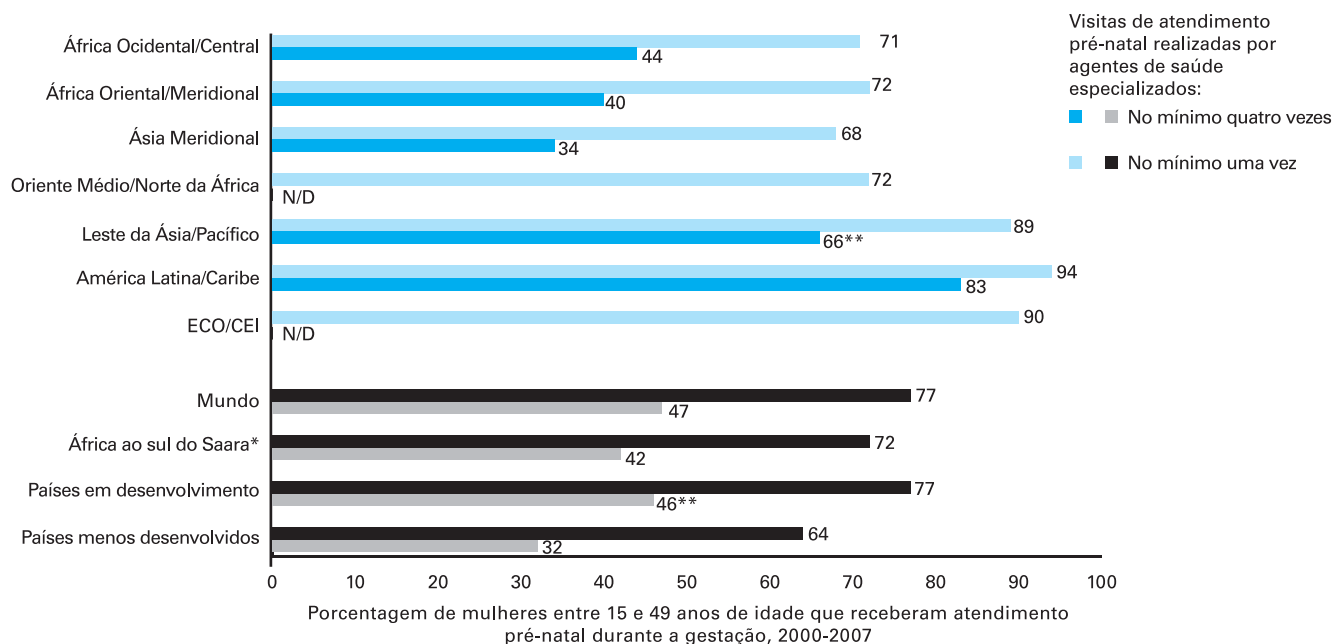


Fonte: UNICEF, Unaid e OMS: *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*. UNICEF, Nova Iorque, 2008, p. 43.

Nos países menos desenvolvidos, uma em cada três gestantes não recebe atendimento pré-natal; e três em cada cinco mulheres dão à luz sem a assistência de um agente de saúde especializado.

Figura 3.3

Cobertura de atendimento pré-natal



* África ao sul do Saara inclui as regiões África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central. ** Não inclui China.

Fonte: Pesquisas de Demografia e Saúde, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos e outras pesquisas domiciliares nacionais.

tenham as habilidades e o discernimento necessários para reconhecer complicações graves e proceder a um encaminhamento adequado.

Na última década, o número de partos assistidos por pessoal especializado aumentou sensivelmente nos países em desenvolvimento. A exceção notável é a África ao sul do Saara. No período entre 2000 e 2007, 61% do número total de partos ocorridos nos países em desenvolvimento foram assistidos por agentes de saúde especializados. A melhoria foi particularmente marcante no Oriente Médio e Norte da África, onde a cobertura foi ampliada de 55%, em 1995, para 81%, em 2000-2007. As duas regiões com os níveis mais baixos de partos com assistência habilitada – África ao sul do Saara (45%) e Ásia Meridional (41%) são também as regiões de maior incidência de mortalidade materna.¹²

Do número total de partos em todo o mundo realizados sem assistência de agentes especializados, 25% ocorrem na Índia – um dos dez países que, em conjunto, respondem por dois terços dos partos realizados sem essa assistência. Atualmente, a Índia procura resolver esse problema oferecendo incentivos financeiros ao atendimento baseado em centros de saúde.¹³ (*Sobre integração de cuidados maternos e neonatais na Índia, ver Destaque, página 85*).

No mundo todo, a probabilidade de atendimento por pessoal especializado no momento do parto é duas vezes maior em áreas urbanas do que em áreas rurais. Na África Central e Ocidental, onde as disparidades são mais acentuadas, essa probabilidade é duas vezes e meia maior. As disparidades em função de situação

econômica também são notáveis: para o mundo em desenvolvimento como um todo, a probabilidade de mulheres de famílias mais pobres serem assistidas no momento do parto por profissionais de saúde especializados representa cerca de 50% da probabilidade no caso de famílias mais abastadas.¹⁴ (*Ver uma discussão mais ampla sobre disparidades no acesso aos serviços de maternidade no Destaque, página 38*).

A OMS fez diversas recomendações para reduzir sangramento ou hemorragia no período pós-parto – uma das principais causas de morte materno. As causas mais comuns de sangramento pós-parto são a insuficiência de contração uterina, lacerações do trato genital e retenção do tecido placentário. O método de intervenção mais amplamente aceito é a manipulação ativa do terceiro

Tendo em vista que 75% das mortes maternas ocorrem no momento do parto ou no período imediatamente após o parto, a presença de pessoal da saúde especializado no parto é fundamental para reduzir a mortalidade materna.

estágio do trabalho de parto, que se segue à liberação completa do recém-nascido e dura até a liberação completa da placenta. A manipulação ativa envolve a administração de um uterotônico para facilitar as contrações para liberação da placenta e pinçamento, corte e tração do cordão umbilical.

A OMS recomenda que a manipulação ativa seja feita para todas as parturientes por profissionais de saúde qualificados, mas a recomendação não se aplica a pessoas não habilitadas. A organização determinou que sejam realizados estudos adicionais sobre os momentos mais adequados para pinçar o cordão e os medicamentos que poderiam eventualmente ser administrados por pessoas não especializadas.

Outros riscos relacionados ao parto podem também ser tratados com atendimento especializado. A Organização Mundial da Saúde recomenda que uma mulher com eclâmpsia ou pré-eclâmpsia seja hospitalizada nos dias que antecedem o parto, para receber tratamento com sulfato de magnésio. A maioria das infecções pode ser tratada com antibióticos. Algumas infecções, como o tétano, podem facilmente ser evitadas mediante programas de imunização e práticas de assepsia do cordão umbilical.¹⁵ (Ver Destaque, página 49).

Provedo cuidados obstétricos e neonatais de emergência

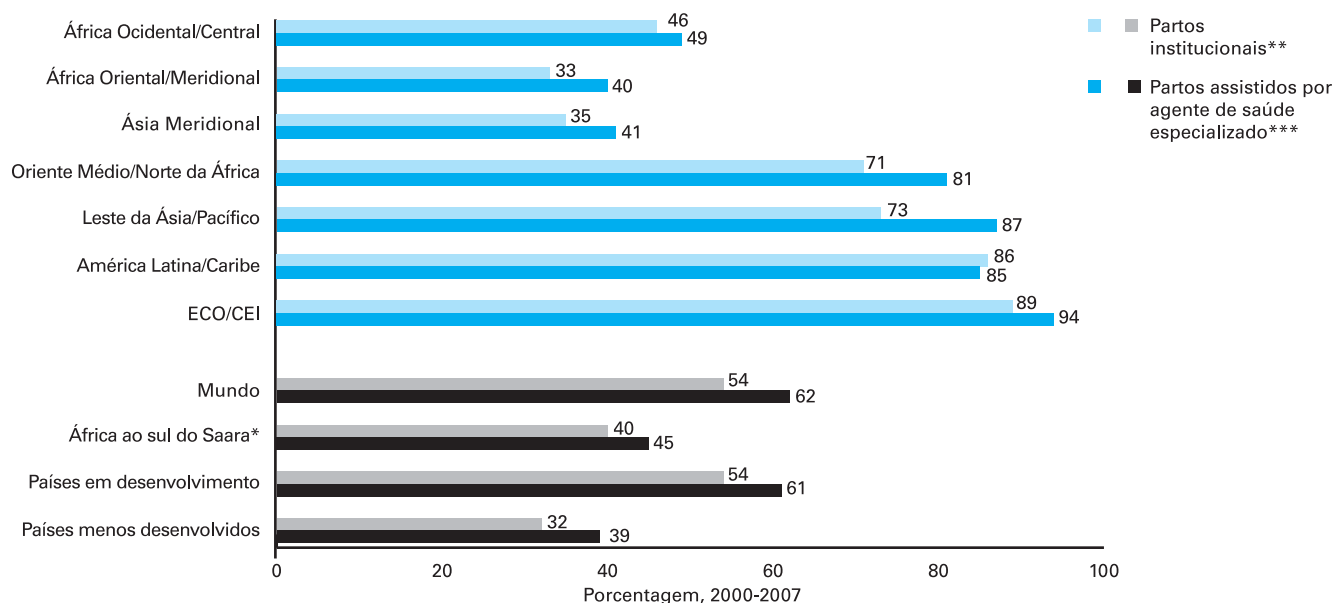
Cuidados em tempo hábil em uma instituição médica muitas vezes são necessários para salvar a vida de uma mulher que apresenta complicações de parto.

A qualidade dos cuidados dispensados pelo centro de saúde é um elemento crítico: para proporcionar assistência adequada, um centro de saúde deve dispor de medicamentos, materiais, equipamentos e pessoal adequados. Além disso, deve ter condições para executar procedimentos que podem salvar vidas, como cirurgias cesarianas, transfusões de sangue e ressuscitação do recém-nascido.

Nos países em desenvolvimento, os dados sobre cuidados obstétricos de emergência frequentemente são escassos. Estudos mostram que a necessidade de cuidados obstétricos de emergência existe em cerca de 15% dos partos, e uma cirurgia cesariana pode ser necessária em de 5% a 15% dos nascimentos. É evidente que há muitas lacunas importantes em termos de cobertura, especialmente nas áreas

Figura 3.4

Cobertura de atendimento no momento do parto



* África ao sul do Saara inclui as regiões África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

** Partos institucionais – refere-se à proporção de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que deram à luz em um centro de saúde nos dois anos que precederam a pesquisa.

*** Partos assistidos por agente de saúde especializado – refere-se à porcentagem de partos assistidos por agentes de saúde especializados (médicos, enfermeiros e parteiros).

Fonte: Pesquisas de Demografia e Saúde, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos, Organização Mundial da Saúde e UNICEF.

A eliminação das disparidades será fundamental para melhorar as condições da saúde materna. No caso de mulheres do quintil de famílias mais pobres, a probabilidade de ser assistidas por agentes de saúde especializados é 50% menor do que no caso de mulheres das famílias mais abastadas.

Distúrbios hipertensivos: comuns, embora complexos

Distúrbios hipertensivos constituem o problema médico mais comum durante a gestação, e respondem por uma proporção significativa das mortes maternas no mundo todo – entre 12% e 20%. Afetam as mulheres de todas as regiões, causando cerca de 10% das mortes maternas na África e na Ásia, mais de 16% nos países industrializados, e mais de 25% na América Latina e Caribe. A hipertensão durante a gravidez pode resultar em uma gama de condições: desde pressão alta – a menos grave – até hemorragia cerebral, que é fatal. Pode resultar em morte fetal, parto prematuro ou recém-nascido com baixo peso.

As causas da hipertensão ainda não são totalmente compreendidas, mas pesquisas sugerem que obesidade, alta ingestão de sal e predisposição genética são fatores importantes. Algumas formas de hipertensão durante a gestação podem surgir da própria biologia da gestação. A pré-eclâmpsia, que é desenvolvida após as primeiras 20 semanas de gestação, é definida como hipertensão induzida por gestação, acompanhada por excesso de proteína na urina, e constitui o maior risco para a saúde materna e fetal, principalmente quando acompanhada por hipertensão crônica. É uma das principais causas de parto prematuro.

Diversos fatores de risco predispõem as mães a esses distúrbios, inclusive primeira gestação, gestação múltipla, histórico de hipertensão crônica, gestantes com mais de 35 anos de idade, diabetes gestacional, obesidade e malformação fetal. Um estudo mostrou que intervalos de 59 meses ou mais entre gestações também estavam associados a taxas mais elevadas de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Pesquisadores sugerem também que desequilíbrio hormonal, deficiência de cálcio e resistência à insulina são causas possíveis.

Nos países em desenvolvimento, onde gestantes podem apresentar deficiência de cálcio, a suplementação com esse elemento mostrou-se uma intervenção eficaz, reduzindo a incidência de pré-eclâmpsia em 48%. Se essa intervenção tiver efeito semelhante sobre as mortes maternas causadas por distúrbios hipertensivos, a suplementação com cálcio poderá evitar cerca de 21.500 mortes maternas. O experimento Magpie – o mais abrangente para distúrbios hipertensivos da gestação, realizado em 1998-2002 em países industrializados e em desenvolvimento – e estudos posteriores produziram evidências consistentes de que o

sulfato de magnésio ministrado a mulheres no estágio de pré-eclâmpsia pode reduzir o risco de progressão dessa condição. Estudos subsequentes fortaleceram a base de evidências para essa intervenção essencial e com boa relação custo/benefício.

Idealmente, o atendimento deve ser iniciado antes da concepção, de modo que o histórico médico de uma mulher em idade reprodutiva possa ser rastreado e que as opções para gerenciar a hipertensão crônica sejam conhecidas. Mulheres hipertensas também precisam receber informações sobre os riscos de uma gestação e sobre as mudanças em seu estilo de vida que a doença pode exigir. Repouso no leito é uma recomendação comum para gestantes hipertensas. São necessários exames regulares, realizados por agentes de saúde especializados, para acompanhar o início e o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e de outras condições hipertensivas.

Há muito a hipertensão durante a gestação vem sendo considerada uma condição obstétrica. As intervenções enfocam principalmente os resultados para a gestação, dando menor atenção aos efeitos de longo e curto prazo sobre a saúde da mãe. No entanto, pesquisas realizadas recentemente mostraram que a hipertensão durante a gravidez também pode afetar a saúde pós-natal da mãe, aumentando seu risco de desenvolver doenças hipertensivas e cardiovasculares crônicas. São necessárias novas pesquisas na área, uma vez que esses distúrbios vêm causando altas taxas de mortalidade e morbidade materna. O tratamento ou a gestão dessas condições são de grande importância para o modelo de *continuum* de cuidados no atendimento à saúde materna e neonatal.

Ver Referências, página 109.

Prover atendimento obstétrico e neonatal de emergência e colocar à disposição atendimento pós-natal constituem desafios e oportunidades fundamentais para a melhoria das condições da saúde materna e neonatal.

rurais da África ao sul do Saara, onde as taxas de parto por cesariana ficam em torno de 2%.¹⁶

Entre os fatores que restringem o provimento de serviços obstétricos de emergência incluem-se a distância, os custos diretos para o usuário, os custos de transporte e acomodação, e barreiras cognitivas e culturais. Além disso, a qualidade dos cuidados oferecidos pode ser também um elemento de dissuasão, como revelou um estudo realizado na região Norte da Tanzânia, que mostrou a falta de qualidade dos cuidados nos centros de saúde como a barreira mais importante ao acesso.¹⁷

Colocando o atendimento pós-natal à disposição

A necessidade de uma ênfase muito maior em atendimento pós-natal é evidente – uma intervenção há muito tempo negligenciada em muitos países

em desenvolvimento, e que é responsável pela descontinuidade dos cuidados. Uma necessidade urgente diz respeito aos cuidados no período imediatamente posterior ao parto, uma vez que as evidências indicam riscos elevados de mortalidade e morbidade materna nas 48 horas que se seguem ao nascimento. O atendimento pós-natal freqüentemente é crítico para o recém-nascido, particularmente logo após o parto. Aproximadamente 75% das mortes neonatais ocorrem na primeira semana, sendo que em torno de 50% ocorrem nas primeiras 24 horas que se seguem ao nascimento.

Em muitos países em desenvolvimento, é provável que as mães tenham alta nas primeiras 24 horas após o parto ou não contem com o atendimento de profissionais habilitados. As evidências mostram que, mesmo passado o período crítico inicial, os riscos de mortalidade e morbidade materna

persistem pelo menos durante 42 dias após o nascimento, podendo mesmo estender-se pelo período de seis meses a um ano. As principais causas de mortalidade pós-parto são sangramento grave, infecções e distúrbios hipertensivos. O tratamento dessas condições exigirá os cuidados especializados e a assistência no momento do parto descritos em seções anteriores deste capítulo.¹⁸

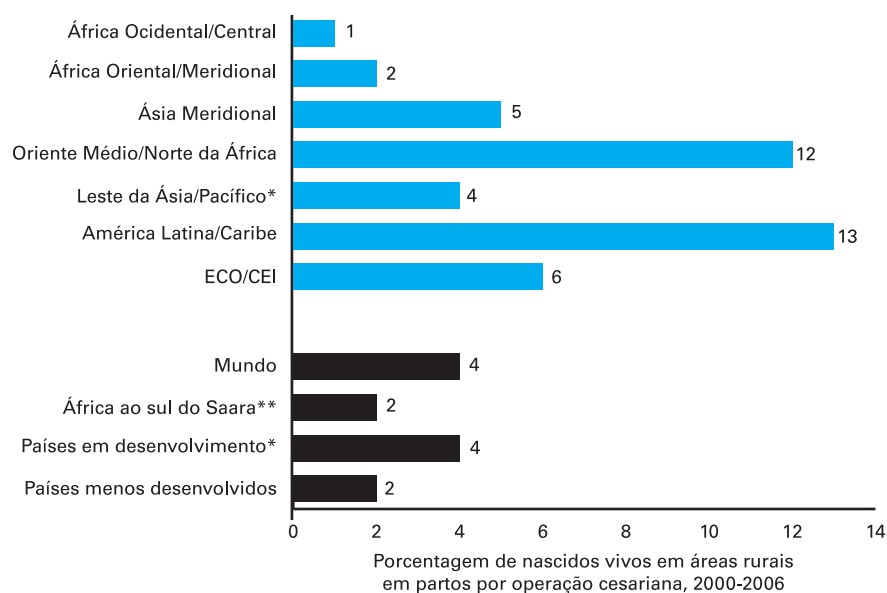
As visitas de rotina são necessárias no período de alto risco imediatamente posterior ao parto, quando quaisquer complicações devem ser prontamente detectadas, com encaminhamento ao atendimento especializado, quando necessário. Mesmo na ausência de complicações, essas visitas possibilitam o fornecimento de informações essenciais e orientação sobre a saúde da mãe e do recém-nascido – especialmente no que diz respeito a cuidados e nutrição de bebês, sinais de risco de doenças, processos de encaminhamento e melhores práticas de higiene.

Os estudos demonstram que o número de mortes neonatais é menor quando ocorrem visitas de saúde à mãe e ao bebê nas primeiras 48 horas que se seguem ao nascimento. Mães HIV positivo e bebês prematuros demandam atenção particular.¹⁹ Bebês com baixo peso ao nascer demandam atenção especial, principalmente com referência ao controle da temperatura. (Ver *Destaque*, página 62).

Mesmo as parturientes que se beneficiam de atendimento pós-parto imediato são freqüentemente negligenciadas nos dias e semanas seguintes. É possível que seu próximo contato com profissionais da saúde venha a ocorrer no final do período de seis semanas, quando o bebê deve receber a primeira rodada de imunizações. As evidências comprovam

Figura 3.5

Atendimento em emergências obstétricas: operações cesarianas em áreas rurais



* Não inclui China. ** África ao sul do Saara inclui as regiões África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

Fonte: Pesquisas de Demografia e Saúde, outras pesquisas domiciliares nacionais e UNICEF.



© UNICEF/HQ07-0367/Dan Thomas

A criação de um *continuum* de cuidados de saúde materna e neonatal demandará recrutamento e capacitação de pessoal de saúde e agentes de saúde comunitários. Em um hospital pediátrico na Coreia do Norte, enfermeiro examina um bebê recém-nascido.

que a busca por atendimento pós-natal por parte das mães ocorre com menor frequência do que a busca por atendimento pré-natal ou por assistência ao parto, mesmo na ocorrência de sangramentos pós-parto e condições tais como fístula e prolapso uterino.²⁰

O atendimento pós-natal eficaz requer cuidados e atenção no período pós-parto imediato, além de diversas visitas de acompanhamento. Possibilitar o retorno das mães ao centro de saúde ou oferecer-lhes acompanhamento por meio de atendimento externo nos dias e semanas posteriores ao parto podem ser ações que demandam intensos esforços – é possível que haja custos e dificuldades para a realização do transporte e da visita, ou razões culturais que dificultem o retorno à clínica ou ao hospital. Isso explica por que as visitas de atendimento externo podem desempenhar um papel primordial na manutenção da saúde materna e neonatal, independentemente do local em que o parto aconteceu. (Ver Destaques, páginas 57 e 80-81).

Pouco se sabe a respeito dos efeitos e da extensão da depressão durante a gravidez e o período pós-parto em países em desenvolvimento. Estudos identificaram alguns fatores críticos no início da depressão durante o ano que se segue ao parto: apoio por parte do parceiro e do grupo social, eventos da vida, a experiência de maternidade e o temperamento da criança.

Nos países industrializados, estima-se que cerca de 10% a 15% das mulheres passem por uma depressão durante as semanas e meses que se seguem ao parto; nos países em desenvolvimento, porém, as informações são escassas com relação a esse problema. Alguns estudos de pequena escala realizados no Paquistão e no Vietnã indicam que as mulheres que sofrem de depressão tendem a dar à luz bebês com baixo peso; e pesquisas realizadas na Índia sugerem a possibilidade de maior risco de retardo de crescimento em filhos de mulheres que sofrem de depressão.²¹

Práticas saudáveis de cuidados com o recém-nascido

Mais do que tecnologia, a prevenção de mortes neonatais requer atendimento especializado, e demanda sistemas de intervenção flexíveis e responsivos. A situação do sistema de saúde, o contexto social e as práticas locais são tão importantes quanto os riscos epidemiológicos. A saúde neonatal pode ser melhorada, por exemplo, por meio de práticas que não impliquem custos elevados, tais como as condições de limpeza no momento do parto e a promoção do aleitamento materno exclusivo o mais cedo possível, e a garantia de que a mãe esteja gozando de boa saúde no momento do parto.

Recentemente, foram obtidos progressos com intervenções simples com boa relação custo/benefício, que exercem impacto positivo sobre a saúde

neonatal, incluindo imunização contra tétano, utilização de mosquiteiros tratados com inseticida, para combater a malária, e suplementação com micronutrientes. Um estudo de acompanhamento de intervenções para a sobrevivência materna, neonatal e infantil concluiu que os resultados desse tipo de intervenção preventiva são superiores aos dos cuidados terapêuticos. Os progressos relacionados a ações que focalizam mudanças comportamentais, como aleitamento materno, foram variados.²²

Desde o início da década de 1990, a ênfase em lidar com essas múltiplas ameaças à vida das crianças colocou como prioritária uma abordagem extensiva, transversal, que reconhece que normalmente causas concomitantes contribuem para a manifestação de quaisquer enfermidades. Essa abordagem, introduzida pelo UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde, tornou-se conhecida como Gestão Integrada de Doenças Infantis (Gidi), e trouxe resultados cada vez mais positivos. Mais recentemente, esse modelo integrado foi incorporado *continuum* de cuidados para a saúde materna, neonatal e infantil.

O *continuum* de cuidados: Conectando vidas e lugares

Sabe-se hoje que reunir intervenções em pacotes também permite o aumento de sua eficiência e melhor relação custo/benefício. Além disso, quando os serviços são integrados, as pessoas sentem-se mais incentivadas a utilizá-los, e aumenta a oportunidade de estendê-los e ampliar sua cobertura. A meta é desenvolver um sistema de cuidados primários de saúde abrangentes que ofereça intervenções essenciais para mulheres e crianças, e que reforce os laços entre as famílias e as instituições ligadas à saúde, que tanta falta fizeram no passado.

A promoção de comportamentos saudáveis para mães e recém-nascidos, especialmente com relação a nutrição e higiene, é vital para a redução de ameaças à saúde e os riscos de morbidade.



© UNICEF/HQ05-1795/Giacomo Pirozzi

Agentes de saúde especializados, com acesso a equipamentos e apoio adequados, podem realizar intervenções críticas para salvar vidas quando situações de emergência surgem durante o trabalho de parto e no momento do nascimento do bebê. Em um hospital infantil na Ucrânia, profissional da saúde presta assistência a um recém-nascido.

Práticas e comportamentos da família

Quando as crianças adoecem, a primeira intervenção compete inevitavelmente às famílias, especialmente aos pais, parentes próximos e pessoas que tomam conta das crianças. Na maioria das vezes, o diagnóstico inicial de qualquer enfermidade infantil não é feito por um médico ou enfermeiro, e sim pela mãe, que avalia os sintomas, analisa sua gravidade e toma a decisão de providenciar algum tipo de cuidado e tratamento em casa ou de consultar um profissional da saúde. Independentemente de recorrer ou não a um atendimento profissional, também é responsabilidade dos membros da

família cuidar das crianças doentes e administrar-lhes os medicamentos ou outros cuidados necessários.

Um processo similar aplica-se frequentemente, embora em menor grau, às gestantes ou mulheres que tiveram filhos recentemente. A mulher terá sua própria avaliação da gravidade de qualquer problema que se manifeste antes, durante e depois do nascimento, mas as famílias inevitavelmente desempenham um papel importante, principalmente no tocante à decisão de recorrer a um atendimento médico externo, muitas vezes oneroso. Além disso, fatores socioculturais podem determinar a necessidade de permissão dos maridos ou de outros membros da família para buscar atendimento durante a gestação, o parto ou o período pós-parto.

Evidentemente, a competência dos membros da família para opinar sobre questões médicas varia muito, mas nenhum sistema de saúde pode ignorar o papel essencial desempenhado pelas famílias ou por seus integrantes para identificar e lidar com doenças infantis ou maternas. Além disso, embora uma maioria relativa dos nascimentos ocorridos no conjunto dos países em desenvolvimento ocorra em clínicas e hospitais (54%), tanto na África ao sul do Saara como na Ásia Meridional – as regiões com os maiores índices de mortalidade materna e neonatal – mais de 60% das mulheres dão à luz em casa.²³ Mesmo quando os partos são realizados em centros de saúde, as parturientes frequentemente recebem alta nas primeiras 24 horas que se seguem ao parto, e a responsabilidade

Os primeiros 28 dias de vida

por Zulfiqar A. Bhutta, Professor e Presidente, Departamento de Pediatria e Saúde Infantil, Universidade Aga Khan, Carachi, Paquistão

É fato amplamente reconhecido que a maior proporção de mortes infantis ocorre no período neonatal – os primeiros 28 dias de vida. Em 2007, de uma estimativa de 9,2 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos de idade em todo o mundo, cerca de 40% ocorreram no período neonatal. Em muitos países em desenvolvimento, a morte de recém-nascidos responde por mais de 50% de todas as mortes ocorridas no primeiro ano de vida, sendo que a grande maioria ocorre nos primeiros dias de vida. As principais causas dessas mortes são infecções graves (36%), nascimento prematuro (27%), asfixia ao nascer (23%) e malformações congênitas (7%). Esses números não incluem cerca de três milhões anuais de natimortos. De 30% a 40% desses natimortos podem estar relacionados a eventos ocorridos durante o trabalho de parto e no momento do nascimento, o que, por sua vez, pode estar relacionado a problemas intra-uterinos e asfixia.

A relativa ausência de progressos na redução do número de mortes de recém-nascidos deve-se a diversos fatores. O mais importante é que, diferentemente da saúde no período pós-natal (de 29 dias a 59 meses), a saúde do recém-nascido está intimamente relacionada à saúde materna. Para melhorá-la são necessárias intervenções que tratem de questões complexas, como o aumento do poder da mulher, tabus socioculturais e a eficiência dos sistemas de saúde.

Fatores específicos que levam à morte neonatal incluem:

- falta de atenção à saúde materna, com acesso limitado a provedores especializados;
- condição precária do atendimento de saúde para mães, principalmente em partos realizados em casa, que estão associados a no mínimo 50% das mortes de recém-nascidos;
- reconhecimento inadequado de doenças que afetam recém-nascidos e busca insuficiente por cuidados de saúde por parte de famílias e comunidades;
- repertório limitado de intervenções para distúrbios que ocorrem logo após o nascimento, tais como asfixia durante o parto e problemas causados por parto prematuro;
- falta de consenso sobre o provimento de intervenções e suas estratégias nas comunidades para evitar e tratar infecções graves em recém-nascidos – que não sejam tétano neonatal.

Recentemente, houve melhorias significativas na compreensão de doenças e da mortalidade de recém-nascidos. Desigualdades na distribuição de mortes maternas e de recém-nascidos indicam que a maioria delas ocorre em meio a populações pobres que vivem em áreas rurais e em assentamentos urbanos invadidos, e que freqüentemente são ignoradas. Muitos países também reconhecem que para realizar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relativo à redução da mortalidade infantil será necessário melhorar o atendimento prestado a mães e recém-nascidos, enfocando esforços para a redução de mortes durante os primeiros 28 dias de vida.

Estratégias e intervenções baseadas em evidências, que utilizam parcerias com a comunidade, também melhoraram. Inúmeros programas implementados nas comunidades, principalmente na Ásia Meridional, tentaram reduzir a morbidade e a mortalidade de recém-nascidos utilizando abordagens inovadoras. Em um estudo de referência realizado na área rural de Maharashtra, na Índia, Dr. Abhay Bang e seus colegas capacitaram agentes de saúde comunitários que trabalham com parceiros tradicionais. Esses agentes capacitados devem reconhecer doenças graves de recém-nascidos – tais como asfixia ao nascer ou infecções bacterianas suspeitas – e tratá-las com métodos caseiros de ressuscitação ou antibióticos ministrados por via oral ou injetável, respectivamente. O programa registrou uma redução

significativa na mortalidade neonatal graças a essas estratégias caseiras de cuidados para recém-nascidos. Mais recentemente, pesquisadores da Universidade Johns Hopkins demonstraram a eficácia do trabalho de agentes de saúde comunitários capacitados na distribuição de um pacote integrado de cuidados preventivos e terapêuticos para recém-nascidos em Sylhet, na área rural de Bangladesh. Embora o provimento de cuidados caseiros fosse importante para esses estudos, é possível que benefícios fundamentais resultassem de melhores práticas familiares e melhores cuidados com recém-nascidos. Em um estudo realizado em Makwanpur, na área rural do Nepal, grupos de apoio para mulheres, atendidos por facilitadores capacitados, levaram a reduções significativas na mortalidade neonatal. Outros estudos demonstraram que uma estratégia combinada de educação baseada na comunidade voltada aos cuidados com recém-nascidos pode levar a mudanças significativas nas práticas e na redução da mortalidade neonatal.

Todos esses estudos recentes fornecem evidências de que educação baseada na comunidade em relação a melhorias no atendimento materno e neonatal e os tratamentos caseiros para infecções podem melhorar significativamente a sobrevivência de recém-nascidos. Para afetar sistemas de saúde pública em um futuro previsível, essas estratégias devem ser replicadas em escala, utilizando motivações viáveis e capacitação dos agentes de saúde disponíveis. Tal expansão ocorreu em áreas rurais do Paquistão, onde Agentes Femininas de Saúde trabalham com comitês de saúde dos vilarejos e grupos de mulheres. Uma avaliação recente da iniciativa do Paquistão mostrou uma redução significativa na mortalidade perinatal e neonatal, e melhorou a busca por atendimento materno especializado.

Essas novas evidências fornecem apoio a estratégias que visam melhorar a saúde da mãe e do recém-nascido em todas as comunidades e famílias que suportam o ônus mais pesado da mortalidade, e que dispõem de acesso mínimo a serviços de saúde de qualidade. O desafio é integrar estratégias e intervenções eficazes a todo o *continuum* de cuidados destinados a mães e recém-nascidos, tanto nas comunidades como em centros de saúde. Estimativas recentes indicam que o provimento de intervenções preventivas e terapêuticas básicas para mães e recém-nascidos em centros de cuidados primários de saúde, em níveis pragmáticos de cobertura, tem o potencial de reduzir de 20% a 40% as mortes maternas e neonatais.

Embora essas medidas sejam promissoras, principalmente quando diversas intervenções complementares são reunidas em pacotes e distribuídas por meio de uma variedade de provedores de cuidados de saúde, ainda existem gargalos importantes em muitos países em desenvolvimento, que impedem a prestação de serviços de melhor qualidade. Esses gargalos incluem funcionamento precário de instalações dos sistemas de saúde e número limitado de provedores de cuidados de saúde especializados. Tais obstáculos podem e devem ser enfrentados por meio de estratégias destinadas a alcançar famílias, comunidades e distritos que correm maior risco de não ter acesso a cuidados básicos de saúde e maternidade. Apesar dessas dificuldades e das lacunas ainda importantes em nossos conhecimentos sobre as melhores formas de enfrentar os difíceis problemas de saúde dos recém-nascidos – como asfixia ao nascer, fragilidade de bebês prematuros e infecções bacterianas graves nas comunidades –, um fator é claro: sabemos o suficiente sobre o que pode fazer a diferença. A necessidade fundamental é implementar o que é conhecido e criar uma estrutura de políticas para o atendimento materno e neonatal adequado nos locais onde farão a diferença: em meio aos pobres de áreas rurais e urbanas.

Ver Referências, página 109.



© UNICEF/H0071494/Anita Khemka

Parcerias comunitárias em relação a cuidados de saúde podem ajudar a expandir a cobertura de serviços essenciais e melhorar práticas de saúde e nutrição. Em um vilarejo do no Nepal, uma voluntária da comunidade, que é também atendente especializada em partos, faz uma visita de acompanhamento de saúde.

principal com relação à supervisão e aos cuidados pós-parto e neonatais recai sobre os membros da família da mãe e do recém-nascido.

Em um nível mais básico, as práticas de nutrição e higiene no ambiente doméstico são determinantes importantes de riscos de saúde enfrentados por mães e recém-nascidos. A nutrição materna inadequada, a falta de condições higiênicas na hora do parto e no cuidado com o umbigo ou cordão umbilical, a inobservância de práticas básicas de higiene – como lavar as mãos com sabão ou cinzas depois de usar latrinas e antes de preparar refeições e de comer – e a poluição do ar dentro da moradia

podem aumentar a disseminação de infecções e doenças como o tétano, a diarreia e as infecções respiratórias agudas. Ampliar a conscientização sobre melhores práticas e comportamentos a adotar no ambiente familiar, tais como aleitamento materno exclusivo para recém-nascidos e bebês até 6 meses de idade, pode melhorar consideravelmente a saúde e o bem-estar das famílias.

Mensagens simples relacionadas a práticas básicas de higiene na preparação dos alimentos – como manter os alimentos em recipientes cobertos para protegê-los dos insetos e secar ao sol os panos usados para limpar a louça e as panelas – podem

trazer resultados benéficos. Maior conhecimento da família sobre noções básicas de saúde, nutrição e intervenções no meio ambiente e o aumento do poder de decisão das mulheres sobre sua própria saúde, ou sobre a saúde de seus filhos são ações que podem ter forte impacto positivo sobre os efeitos ligados à saúde, tanto para crianças como para gestantes.

Parcerias comunitárias em cuidados primários de saúde

As comunidades têm uma participação vital nos cuidados de saúde e na nutrição de mães, recém-nascidos e crianças. A noção da comunidade como uma pedra angular dos cuidados primários relacionados à saúde foi

Parcerias para a saúde na comunidade podem promover o aleitamento precoce e exclusivo, que garante proteção vital para recém-nascidos contra problemas de saúde e doenças.

estabelecida na Declaração de Alma-Ata em 1978, e é evidente que a meta de cuidados de saúde para todos não pode ser atingida sem a participação da comunidade, especialmente nas áreas mais pobres e remotas. É desejável que as comunidades participem ativamente na melhoria de cuidados de saúde, práticas de higiene, nutrição, abastecimento de água e instalações sanitárias. Entretanto, isso não é somente uma ferramenta necessária na ausência de alternativas de custo mais elevado: trata-se de uma via desejável para o aumento do poder e a participação.²⁴

As parcerias comunitárias são especialmente valiosas para o aprimoramento da saúde materna, neonatal e infantil. Há quase tantos tipos diferentes de parcerias quanto de comunidades. Algumas delas são pequenas e locais; outras fazem parte de uma rede de âmbito nacional.

Algumas são inteiramente voluntárias, enquanto outras envolvem algum tipo de remuneração. Algumas funcionam de maneira independente com relação ao sistema de saúde do país, e outras são totalmente integradas a ele.

Os programas que se dispõem a adotar a abordagem de parcerias comunitárias devem ser cuidadosos no sentido de adaptar-se ao contexto local específico.

Quando atuam em condições favoráveis, as parcerias comunitárias em saúde e nutrição não somente melhoram o acesso das pessoas aos serviços e facilitam um contato mais próximo entre os profissionais da saúde e os indivíduos ou famílias, como também incentivam as mudanças comportamentais e a mobilização social. Em condições mais adversas, as parcerias comunitárias carecem de mão-de-obra, coordenação, recursos financeiros e materiais. Os exemplos de parcerias comunitárias bem-sucedidas

no âmbito da saúde nos países do mundo em desenvolvimento demonstram que, de modo geral, o balanço é positivo.²⁵

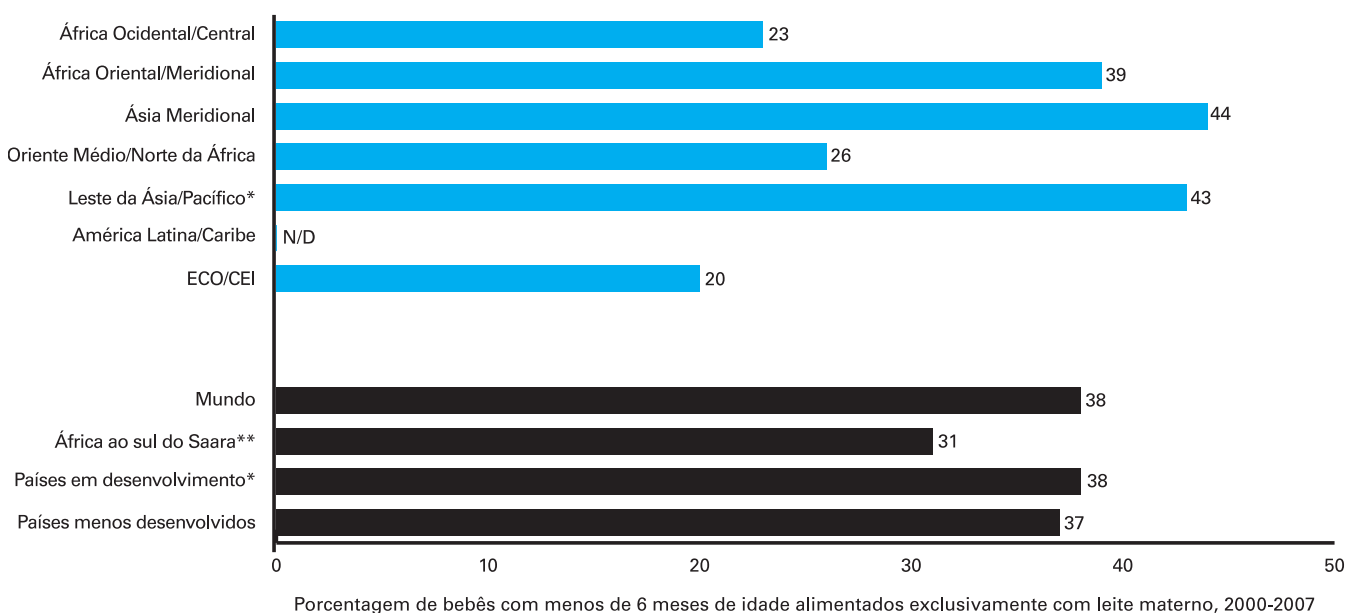
O papel dos agentes de saúde comunitários no atendimento materno e neonatal

As parcerias comunitárias no âmbito da saúde frequentemente envolvem a formação de pessoas da comunidade para atuar como agentes de saúde comunitários. Esses agentes assumem atividades básicas de cuidados de saúde e nutrição – seja mediante visitas domiciliares, seja no atendimento em locais específicos. Os agentes de saúde comunitários também realizam campanhas voltadas à melhoria de cuidados e práticas de higiene.

O aleitamento materno exclusivo, a prática de lavar as mãos com sabão ou cinzas e a utilização de mosquiteiros tratados com inseticida para a prevenção da malária são três das

Figura 3.6

Aleitamento materno precoce e exclusivo



* Não inclui China. ** África ao sul do Saara inclui as regiões África Oriental/Meridional e África Ocidental/Central.

Fonte: Pesquisas de Demografia e Saúde, outras pesquisas domiciliares nacionais e UNICEF.

Décadas de conflitos e instabilidade desorganizaram a infra-estrutura de saúde básica do Afeganistão. As mulheres, em particular, vêm sofrendo com a falta de acesso a serviços de saúde. Como consequência, a mortalidade materna entre as mulheres afegãs é extremamente alta, chegando, em 2005, a 1.800 mortes por 100 mil nascidos vivos, de acordo com as estimativas mais recentes realizadas pelo grupo interagências.

No Afeganistão, o risco de morte relacionada a gestação ou parto é de uma em oito – a segunda maior taxa em todo o mundo. Nesse país, o número de mortes de mulheres por essas causas é maior do que o número de mortes por qualquer outra causa, sendo que hemorragia e trabalho de parto obstruído são as mais comuns. A proporção de mortes maternas varia de 16% de todas as mortes de mulheres em idade fértil, em Cabul (o maior centro urbano do Afeganistão), a 64%, no distrito de Ragh, na província do Badaquistão.

As altas taxas de morte materna refletem diversos fatores, inclusive acesso limitado a atendimento de saúde materna de qualidade, principalmente nas áreas rurais do Afeganistão; falta de conhecimentos sobre saúde materna e parto seguro; e escassez de mulheres qualificadas para prover atendimento de saúde, uma vez que culturalmente há uma forte preferência por mulheres cuidando de outras mulheres. Estima-se que nove em cada dez mulheres que vivem em áreas rurais dão à luz em casa, sem a presença de atendentes especializados ou acesso a cuidados obstétricos emergenciais. Fatores socioculturais que inibem a mobilidade da mulher sem a permissão ou a companhia de parentes do sexo masculino também limitam seu acesso a serviços essenciais. Outros fatores que contribuem para a mortalidade materna são o baixo *status* social de mulheres e meninas, pobreza, nutrição inadequada e falta de segurança.

Melhorar as taxas de sobrevivência das mães no Afeganistão é uma questão de imensa importância. Parteiras podem fornecer cuidados cruciais. A Organização Mundial da Saúde recomenda uma parteira ou outro atendente obstétrico especializado para cada 175 mulheres durante a gestação, o parto e o período pós-parto. Cruzando essa estimativa com o número estimado de nascimentos, o Afeganistão deveria ter 4.546 parteiras para atender 90% das gestações. Em 2002, o país tinha, na realidade, 467 parteiras capacitadas. Menos de 50% dos centros de saúde contavam com equipes femininas. Na área rural da província de Nuristão, a relação entre equipes masculinas e femininas chegava a 43 para uma.

Embora ainda haja muito a fazer para melhorar a saúde materna e neonatal no Afeganistão, muitos esforços bem-sucedidos até o momento enfocaram a expansão e o fortalecimento do atendimento por parteiras.

O governo do Afeganistão vem colaborando com parceiros locais e internacionais, inclusive o UNICEF, para desenvolver uma abordagem abrangente, que inclui o fortalecimento e a expansão da formação de parteiras. Vem criando políticas para garantir o papel essencial das parteiras na melhoria dos cuidados obstétricos e pediátricos essenciais, apoiando a criação de uma associação profissional de parteiras, e desenvolvendo iniciativas para aumentar o acesso a cuidados qualificados durante o parto.

O programa Educação de Parteiras Comunitárias (EPC) – capacitação baseada em habilidades, com duração de 18 meses e com exigências de ingresso menos restritivas do que os programas anteriores de capacitação de parteiras – é considerado uma abordagem adequada para ampliar a capacitação e a utilização de atendentes de parto especializados. Em 2008, havia 19 programas EPC, com entre 20 e 25 estagiárias cada um, o que representa um aumento significativo na capacidade de formação em relação a 2002, quando havia apenas seis programas de capacitação em enfermagem para parteiras em centros regionais, gerenciados pelo Instituto de Ciências da Saúde, e um programa para parteiras comunitárias na província de Nangahar. O número de parteiras disponíveis no país vem aumentando rapidamente – de 467, em 2002, para 2.167, em 2008.

O EPC estimula a inscrição de mulheres nos distritos em que há escassez de profissionais, entendendo que, uma vez capacitadas, trabalharão nesses distritos. Essa política resultou em um aumento acentuado no número de centros de saúde que contam com equipes femininas capacitadas (médicas, enfermeiras ou parteiras) – de 39%, em 2004, para 76%, em 2006. Vem causando também impacto substancial em relação aos cuidados maternos: o número de partos assistidos por agentes de saúde especializados aumentou de cerca de 6%, em 2003, para 19,9%, em 2006. O sucesso da abordagem de capacitação baseada em habilidades resultou nos programas de formação de parteiras existentes que adotam o currículo EPC e processos de certificação.

Ver Referências, página 109.

Serviços ampliados para atendimento externo e serviços ambulatoriais podem atuar como uma ponte entre as famílias e os centros de saúde, provendo atendimento de saúde reprodutiva, pré-natal, no momento do parto e pós-natal.



© UNICEF Peru/2005

Derrubar barreiras culturais, sociais e geográficas ao atendimento de saúde ajuda a aumentar o acesso a serviços de saúde em comunidades rurais. Em um centro de saúde no Peru, agente de saúde atende a mãe e seu bebê recém-nascido.

intervenções mais comuns defendidas por agentes de saúde comunitários. Além disso, muitas parcerias comunitárias incluem agentes de saúde que dão orientação sobre prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança, e contribuem para a gestão de enfermidades infantis como malária, pneumonia e sépsis neonatal.

O Nepal constitui um bom exemplo. Agentes de saúde comunitários capacitados colaboram com

profissionais da saúde especializados para prover atendimento a mães, recém-nascidos e crianças. No Nepal, um estudo aleatório realizado na zona rural mostra que essas parcerias reduziram a mortalidade neonatal em 30%. Essas constatações são complementadas por um estudo realizado na zona rural da Índia, que demonstra uma redução de 62% na mortalidade neonatal quando os agentes de saúde comunitários oferecem cuidados em domicílio para

recém-nascidos, inclusive ressuscitação em caso de asfixia no momento do nascimento, e tratamento de sépsis com antibióticos.²⁶

As parcerias comunitárias em saúde podem ajudar a expandir a cobertura dos serviços essenciais e as melhores práticas de saúde e nutrição. O que talvez seja ainda mais importante é que essas parcerias também podem contribuir para que os sistemas de saúde alcancem suas comunidades, por mais pobres ou marginalizadas que sejam.

Serviços ampliados para atendimento externo e serviços ambulatoriais

Os serviços ampliados para atendimento externo e serviços ambulatoriais, tais como atendimento pré-natal e imunização, são prestados como rotina de uma das seguintes maneiras: em instalações clínicas estabelecidas, onde gestantes e crianças passam por consulta, ou em serviços móveis, por meio dos quais os agentes de saúde realizam intervenções essenciais de atendimento a mães e filhos em suas próprias comunidades. Na maioria dos casos, as pessoas atendidas não

são avaliadas como casos clínicos, recebendo apenas um serviço padronizado. Muitas dessas intervenções são eficazes, ainda que não contem com a presença de pessoal médico qualificado, podendo ser realizadas por profissionais semiqualeificados e agentes de saúde comunitários que tenham recebido algum tipo de capacitação. Por outro lado, essa possibilidade facilita a expansão da cobertura de serviços externos, com boa relação custo/benefício, a amplos setores da população.²⁷

Os serviços ampliados para atendimento externo e os serviços

ambulatoriais podem funcionar como uma ponte entre o atendimento domiciliar e o atendimento baseado em centros de saúde. São mecanismos vitais para a prestação de atendimento pré-natal e pós-natal, bem como para a promoção da saúde sexual e reprodutiva. O atendimento pré-natal, por exemplo, pode ser oferecido em clínicas ou hospitais, mas também é totalmente adequado para atendimento externo.

O atendimento pré-natal externo deve ser capaz de identificar e tratar distúrbios como anemia, hipertensão, diabetes, sífilis, tuberculose e malária, e também de verificar a posição do

Cuidados “mãe canguru” em Gana

A abordagem de cuidados “mãe canguru” para bebês com baixo peso foi introduzida na Colômbia em 1979, pelo Dr. Hector Martinez e pelo Dr. Edgar Rey, em resposta, entre outras coisas, às altas taxas de infecção e mortalidade causadas por superlotação nos hospitais. Desde então, vem sendo adotada através do mundo em desenvolvimento e tornou-se um elemento essencial no *continuum* de cuidados para recém-nascidos em todo o mundo.

Os quatro componentes da abordagem “mãe canguru” são essenciais para garantir as melhores opções de cuidados, principalmente para bebês com baixo peso. Incluem: contato direto da pele do bebê com a pele do tórax da mãe; nutrição adequada por meio de aleitamento materno; cuidados ambulatoriais para compensar a alta hospitalar precoce; e apoio para a mãe e sua família em relação aos cuidados com o bebê.

Programas de capacitação constituem o método mais importante de divulgar a abordagem de cuidados “mãe canguru”. Frequentemente, a capacitação ainda é restrita a ambientes hospitalares. Uma nova abordagem foi adotada em Gana por meio de um projeto de cuidados “mãe canguru” (CMC Gana), realizado em quatro regiões, com apoio do UNICEF e da Unidade de Estratégias para Atendimento Materno e de Bebês, do Conselho Africano de Pesquisas Médicas. Em vez de apenas fornecer capacitação, foi adotada uma abordagem longitudinal, de “portas abertas”, fundamentada em apoio contínuo em centros de saúde.

No programa, a abordagem de cuidados “mãe canguru” é tema especial por de dois a três anos, exigindo que os

participantes se concentrem em um aspecto dos cuidados com recém-nascidos, implementando-o de forma consistente, e integrando-o ao espectro normal de práticas de cuidados com recém-nascidos.

O modelo de implementação identifica papéis específicos para distritos e regiões, dependendo da organização dos poderes no país. Em Gana, a região é a unidade fundamental para a implementação, sendo os distritos responsáveis pela efetiva implementação das ações. Embora 50% dos partos ainda ocorram em casa, um dos pontos fundamentais do projeto CMC Gana é a criação de centros de excelência em hospitais regionais e cuidados “mãe canguru” contínuos, por 24 horas, em cada hospital distrital.

Em cada região, a implementação é supervisionada por um Comitê Diretivo CMC, formado por um membro de cada um dos distritos. Esses representantes, por sua vez, criam comitês diretivos no nível distrital. Embora o foco seja introduzir CMC nos hospitais distritais, outros centros de saúde e organizações comunitárias também são procurados para parcerias.

Embora ainda não haja uma avaliação abrangente do programa CMC Gana, evidências preliminares sugerem que o programa é eficaz em relação à melhoria da sobrevivência de bebês com baixo peso e ao fortalecimento de vínculos entre mães e recém-nascidos.

Ver Referências, página 109.

Infecção conjunta por HIV/malária durante a gestação

A infecção conjunta por HIV/malária apresenta complicações específicas para gestantes e para o desenvolvimento fetal. O HIV reduz a imunidade contra a malária específica da gestação, e adquirida normalmente durante a primeira e a segunda gestações. A malária placentária está associada ao aumento do risco de anemia materna e de infecção por HIV, principalmente entre mulheres mais jovens e em primeira gestação. O papel da infecção conjunta na transmissão do HIV da mãe para a criança não é claro: alguns estudos relatam um aumento, enquanto outros relatam não haver nenhuma mudança. Os riscos potenciais de interações adversas de medicamentos apresentam implicações críticas para o gerenciamento eficaz da infecção conjunta, e exigem maior investigação.

Embora a malária afete as regiões da Ásia, da América Latina e Caribe, e da África ao sul do Saara, o maior ônus da infecção conjunta está na África, continente com a maior incidência de malária, e onde vivem mais de 75% das mulheres infectadas por HIV. Há variações dentro do continente africano. Os países mais afetados pela infecção conjunta por HIV/malária são Malaui, Moçambique, República Centro-Africana, Zâmbia e Zimbábue, onde cerca de 90% dos adultos estão expostos à malária, e a prevalência média de HIV entre adultos ultrapassa 10%. Em partes da região mais meridional da África, onde a epidemia de HIV é mais grave, a incidência de malária é baixa, embora ocorram surtos em determinadas áreas, como Kwazulu-Natal, na África do Sul.

Os dados para outras regiões não são tão óbvios, mas a sobreposição de infecções pode estar disseminada em meio às populações de Belize, El Salvador, Guatemala, Guiana e Honduras – e em menor extensão, do Brasil. Pesquisas indicam que determinadas populações, como trabalhadores migrantes das minas de ouro no Brasil e na Guiana, podem apresentar maior risco de contrair a infecção conjunta. A epidemia de HIV é generalizada em países asiáticos como Mianmá e Tailândia, mas a transmissão da malária é instável e heterogênea nessa região, assim como na América Latina e Caribe. A espécie mais comum de malária também difere em cada região – *P. falciparum*, na África, *P. vivax*, na Ásia e na América Latina e Caribe –, e os efeitos da doença podem variar de acordo com o grau de imunidade que uma mulher alcançou à época em que engravidou. Na Ásia, as mulheres estão menos expostas à transmissão intensa de malária e, portanto, têm menos oportunidades de desenvolver imunidade adquirida, o que também ocorre em áreas de transmissão instável de malária na África Meridional. A maioria dos estudos sobre malária em gestantes refere-se à África, e são necessários outros estudos sobre outras regiões e a espécie *non-falciparum*.

Doentes de malária que apresentam anemia grave e necessitam de transfusões sanguíneas, principalmente crianças, também têm alta probabilidade de adquirir HIV. A cada ano, entre 5.300 e 8.500 crianças que vivem nas áreas africanas de malária endêmica são infectadas com HIV devido a transfusões de sangue necessárias para tratar casos graves de malária.

Apesar das diferenças regionais, a infecção conjunta afeta todas as gestantes de modo semelhante. Quando associada com malária, a infecção por HIV na gestação aumenta o risco de anemia grave e reduz a imunidade adquirida que

possa ter sido desenvolvida por mulheres vivendo em áreas de transmissão estável de malária. Efetivamente, isso significa que a imunidade à malária no caso de mulheres HIV positivo em segunda, terceira e quarta gestações é tão baixa quanto no caso de mulheres em primeira gestação: gestantes infectadas com HIV tornam-se duas vezes mais suscetíveis à malária clínica. Nessas mulheres, a malária pode restringir o crescimento fetal, causar parto prematuro e baixo peso em recém-nascidos, e reduzir a transferência de imunidades maternas para a criança e respostas celulares a doenças infecciosas, como pneumonia por estreptococos, tétano e sarampo. Evidências recentes sugerem que mães HIV positivo que contraíram malária têm maior probabilidade de ter bebês com baixo peso; por sua vez, bebês com baixo peso têm risco significativamente maior de transmissão de HIV da mãe para a criança em comparação com bebês com peso normal.

Os efeitos da malária sobre o HIV são menos evidentes, embora episódios de malária aguda possam aumentar a carga viral e acelerar a progressão da doença. Infecção por malária durante a gestação pode aumentar o risco da transmissão de HIV da mãe para a criança no útero e durante o parto, e uma carga viral maior pode resultar em maior risco de transmissão durante o aleitamento. Algumas pesquisas mostram que cargas virais podem retornar aos níveis anteriores ao episódio após o tratamento da malária, o que sugere que o gerenciamento da malária pode ser crítico para diminuir a disseminação de HIV e sua progressão em direção à aids.

Uma das questões mais prementes sobre infecção conjunta está relacionada a terapias medicamentosas. A Organização Mundial da Saúde recomenda que todas as gestantes que vivem em áreas de alta prevalência de HIV (>10%) recebam no mínimo três doses de sulfadoxina-pirimetamina como tratamento preventivo intermitente (TPI), mesmo em casos assintomáticos, a não ser que estejam recebendo cotrimoxazol como tratamento de infecções oportunistas decorrentes de HIV.

Muitos governos africanos utilizam terapia de combinação baseada em artemisina para gerenciamento de casos de malária durante a gestação. Uma vez que as pesquisas ainda são limitadas, e quando esse é o único tratamento eficaz disponível, a OMS continua a recomendar que esse tratamento seja utilizado para casos de malária simples durante o primeiro trimestre da gestação. Em casos de anemia grave, deve ser ministrado tratamento com combinação baseada em artemisina ou quinino, embora a primeira seja preferível no segundo ou terceiro trimestres. Há poucas informações publicadas sobre os riscos de ministrar anti-retrovirais e antimaláricos em associação, incluindo os derivados de artemisina. No entanto, ainda não foi observada toxicidade importante nas artemisininas quando ministradas em associação com anti-retrovirais ou quando ministradas no início da gestação.

Ver Referências, página 109.

O desafio enfrentado pelas adolescentes na Libéria

pelo Honorável Vabah Gayflor, Ministro de Gênero e Desenvolvimento, Libéria

Garantir que meninas adolescentes tenham um ambiente de apoio para seu crescimento e desenvolvimento, que sejam protegidas contra abusos, exploração e violência, e evitando que assumam prematuramente papéis adultos – por exemplo, no casamento e no trabalho – é uma tarefa particularmente desafiadora em meu país, a Libéria.

Uma adolescente que vive na Libéria:

- *provavelmente não freqüentou a escola primária*: a escolarização líquida na educação primária para meninas é de apenas 39%, de acordo com as estimativas nacionais mais recentes;
- *provavelmente não prosseguirá seus estudos na escola secundária*: apenas 14% das meninas com idade para freqüentar a escola secundária estão matriculadas nesse nível educacional;
- *corre alto risco de permanecer analfabeta*, como 24% das adolescentes e mulheres jovens entre 15 e 24 anos de idade no país;
- *corre alto risco de sofrer estupro* – o crime mais freqüentemente relatado, sendo as meninas entre 10 e 14 anos de idade as vítimas mais freqüentes;
- *provavelmente tem conhecimentos limitados sobre HIV e aids*: apenas 21% das mulheres jovens, entre 15 e 24 anos de idade, possuem conhecimentos abrangentes sobre HIV e aids;
- *tem alta probabilidade de estar casada ou de viver em união*: na Libéria, 40% das mulheres entre 20 e 24 anos de idade casaram-se antes de completar 18 anos de idade;
- *tem alta probabilidade de engravidar*: a taxa de partos de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade é de 221 por mil – a segunda mais alta em todo o mundo;
- *provavelmente não dará à luz em um hospital ou centro de saúde*, uma vez que apenas 37% dos partos ocorrem em ambientes institucionais;
- *provavelmente dará à luz sem a assistência de um agente de saúde especializado*, que atende a apenas 51% dos partos;
- *corre alto risco de morrer devido a complicações durante a gestação e o parto*: a taxa de mortalidade materna é de 1.200 por 100 mil nascidos vivos;
- *se tiver menos de 15 anos de idade, corre um risco ainda maior de morrer de causas relacionadas à maternidade*:

meninas entre 10 e 14 anos de idade têm probabilidade cinco vezes maior de morrer de causas relacionadas à gestação e ao parto do que aquelas entre 20 e 24 anos.

- *caso sobreviva à gestação, pode ficar com seqüelas relacionadas ao parto*, tais como fístula ou prolapso uterino;
- *corre alto risco de morte em consequência de sua primeira gestação e das gestações subseqüentes*: o risco de morte materna é de uma em 12;
- *seu filho pode morrer durante o primeiro ano de vida*: aproximadamente um em cada dez bebês morre antes de seu primeiro aniversário;
- *provavelmente não receberá apoio de um parceiro, mesmo sendo casada*;
- *tem pouco ou nenhum recurso para obter proteção contra abusos, exploração e falta de poder*.

Para criar um ambiente de apoio para adolescentes na Libéria é preciso, em primeiro lugar, protegê-las contra violência e abuso e garantir que obtenham educação de qualidade.

Também será necessário garantir que as famílias não permitam que suas filhas se casem antes dos 18 anos ou que permitam seu envolvimento em trabalho no qual sejam exploradas.

É necessário que conhecimentos sobre HIV e aids sejam fornecidos aos jovens e que vítimas de violência sexual possam recorrer à justiça.

É necessário investir em cuidados de saúde materna, reprodutiva e básica para milhões de adolescentes do sexo feminino.

Acima de tudo, é preciso que comunidades e sociedades respeitem os direitos de mulheres e meninas, e que tenham a coragem de enfrentar costumes e práticas que as prejudicam e discriminam.

Sob a liderança da Presidente Ellen Johnson-Sirleaf, o governo da Libéria vem lutando para oferecer a proteção de que as adolescentes necessitam e para ajudá-las a adquirir as habilidades necessárias para que possam proteger-se. Recebemos com satisfação o apoio da comunidade de desenvolvimento internacional, que vem nos ajudando a agir de forma rápida e eficaz.

Ver Referências, página 110.

O atendimento baseado em centros de saúde é essencial para o encaminhamento e fornece uma variedade de serviços de rotina e emergenciais para mães e recém-nascidos.

bebê. Deve oferecer imunização antitetânica, distribuir mosquiteiros tratados com inseticida e oferecer tratamento preventivo intermitente contra a malária em áreas endêmicas, além de orientação sobre temas como dieta, higiene, sinais de ameaça à gravidez e aleitamento materno. É particularmente importante, porém, não sobrecarregar excessivamente os serviços ampliados para atendimento externo e ambulatorial.²⁸

Os serviços ampliados para atendimento externo também podem ser adaptados para prover atendimento pós-natal, como foi mencionado anteriormente neste capítulo. Os serviços essenciais incluem o reconhecimento e a verificação de sinais de perigo para mães e recém-nascidos, orientação sobre alimentação – particularmente aleitamento materno exclusivo iniciado o mais cedo possível – e os cuidados com os recém-nascidos, o encaminhamento da mãe ou do bebê para atendimento especializado, quando indicado, e apoio e orientação sobre práticas de saúde.²⁹

A saúde reprodutiva é outra área apropriada para serviços ampliados para atendimento externo e para serviços ambulatoriais. Os serviços externos podem aumentar a conscientização relativa a opções de serviços e práticas de saúde reprodutiva, incluindo espaçamento entre nascimentos. Podem também detectar infecções sexualmente transmissíveis e tratá-las prontamente. Entretanto, muitos dos serviços externos ou ambulatoriais ligados à saúde reprodutiva oferecidos atualmente limitam-se a intervenções de qualidade limitada, o que desestimula sua utilização pela população.³⁰

Atendimento baseado em centros de saúde

Centros de saúde geralmente oferecem maior variedade de tratamentos preventivos e terapêuticos para a saúde materna e infantil e, potencialmente, concentram os agentes de saúde mais especializados. De maneira geral, esses centros enquadram-se em duas categorias principais: clínicas e hospitais. O local de atendimento mais próximo da comunidade é provavelmente uma clínica, que oferece cuidados imediatos, generalizados, possivelmente supervisionados por uma enfermeira. A equipe clínica frequentemente lida com partos sem complicações, e oferece apoio e orientação sobre os cuidados com o recém-nascido. Esses profissionais devem também ser capazes de lidar com algumas das principais complicações que podem ocorrer – por exemplo, remoção manual da placenta ou ressuscitação de um recém-nascido. Entretanto, considerando-se os riscos potenciais associados ao trabalho de parto e ao nascimento, a equipe que presta assistência na clínica, bem como os demais profissionais envolvidos em atendimento externo no momento do parto devem ter conhecimentos especializados para reconhecer prontamente quando uma complicação no parto ou o grau de enfermidade do recém-nascido ultrapassam seu limite de competência, para poder encaminhar o problema a um nível superior.

Esse nível provavelmente será um hospital distrital, no qual os médicos podem fazer diagnóstico, tratar, assistir, orientar e prestar serviços de reabilitação. Em alguns sistemas de saúde, é possível que haja um hospital de referência que fornece atendimento clínico complexo. No entanto, em muitas comunidades dos países em desenvolvimento, as necessidades de

saúde de mães e bebês que deveriam ser atendidas em centros de saúde são atendidas em clínicas ou em hospitais distritais, quando estes estão disponíveis.³¹

O acesso a cuidados obstétricos de emergência pode representar um desafio importante para as gestantes que vivem em áreas rurais, devido à distância a ser percorrida até o centro de saúde apropriado, e à falta de transporte ou de estradas adequadas. Mesmo em casos em que existe disponibilidade de veículos e infraestrutura, os custos de viagem e alojamento, além dos custos indiretos, tais como a perda de rendimentos do acompanhante, podem tornar-se proibitivos. Sendo assim, na ocorrência de complicações de parto, as famílias que vivem em comunidades geograficamente isoladas enfrentam riscos elevados de mortalidade materna e neonatal. Um estudo recente sobre mortes maternas no Afeganistão, por exemplo, mostrou que a distância física tinha um efeito de agravamento dos riscos epidemiológicos enfrentados pelas mulheres.³²

No entanto, a distância geográfica não é o único obstáculo ao acesso a centros de saúde: há casos em que mulheres que vivem nas proximidades de um centro de saúde procuram atendimento apenas no período pré-natal, mas não para o parto propriamente dito. As reservas culturais relativas a um parto em que a mulher é assistida por estranhos e os custos financeiros do atendimento especializado no momento do parto são exemplos de fatores dissuasivos que impedem a utilização de serviços em centros de saúde. A falta de pessoal da área da saúde, além de equipamentos médicos e medicamentos inadequados também podem dissuadir as famílias de buscar atendimento para realizar o parto em uma instituição.

Um desafio particular é reduzir a incidência de doenças contraídas nos centros de saúde – um risco sério na África ao sul do Saara –, que pode aumentar o risco de infecção causada por transfusão de sangue e reutilização de agulhas.³³ Apesar desses obstáculos, fica evidente que a promoção de melhorias em maternidades, centros de saúde e hospitais, para fornecer no mínimo atendimento obstétrico de emergência, seria um passo fundamental no sentido de reduzir a mortalidade materna e neonatal.

O *continuum* de cuidados: etapas práticas rumo a cuidados primários de saúde para mães e recém-nascidos

Os serviços de saúde funcionam melhor quando associam cuidados em domicílio, com apoio da comunidade, a serviços ampliados para atendimento externo e também em clínicas e hospitais. Não se trata de uma percepção nova: as evidências e os conhecimentos estão disponíveis há décadas. Sua aplicação pode reduzir

significativamente o número de mortes maternas e neonatais evitáveis. O desafio consiste agora em ativar os níveis de investimento em serviços de saúde que poderão garantir um *continuum* de cuidados. O Capítulo 4 apresenta uma estrutura para a formulação de estratégias e de alocação de recursos para permitir os progressos nas condições da saúde materna e neonatal que o mundo em desenvolvimento demanda com urgência.

4

Fortalecendo os sistemas de saúde para melhorar as condições da saúde materna e neonatal



O estabelecimento de um continuum de cuidados eficaz envolverá o cumprimento de etapas práticas no processo de fortalecimento dos sistemas de saúde. Os elementos fundamentais para o desenvolvimento dos sistemas de saúde – aprofundamento da base de evidências; expansão e aprimoramento da força de trabalho na área da saúde; melhoria e ampliação da infra-estrutura e da logística; provimento de soluções de financiamento equitativas e estímulo à demanda por atendimento por meio da mobilização social; garantia de atendimento de qualidade; e promoção de comprometimento e liderança na esfera política por meio da colaboração – vêm sendo cada vez mais aceitos por governos nacionais e por agências locais e internacionais. O Capítulo 4 do relatório Situação Mundial da Infância 2009 analisa individualmente as seis primeiras etapas, ilustrando sua aplicação prática por meio de exemplos oferecidos pelos países. A sétima etapa – liderança e comprometimento político – é tratada no capítulo final do relatório.

O cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio demandará esforços intensos. De maneira geral, o mundo está muito atrasado com relação à melhoria das condições da saúde materna – na África ao sul do Saara, em particular, poucos progressos foram registrados desde 1990. Mesmo nos países e nas regiões em desenvolvimento que conseguiram progressos mais significativos, bolsões de pobreza e marginalização ainda privam muitas pessoas do acesso a serviços de maternidade essenciais e de cuidados básicos de saúde. (Ver uma descrição completa das tendências com relação à mortalidade materna no Capítulo 1).

Progressos e melhorias importantes com relação à sobrevivência e à saúde de recém-nascidos podem ser acelerados por meio de maior número de intervenções já testadas, oferecidas em pacotes, a custos viáveis, realizadas na forma de um *continuum* de cuidados e sustentada por um ambiente de apoio aos direitos da mulher e da criança.

As recomendações de políticas a respeito das estruturas necessárias para acelerar os progressos vêm sendo continuamente enriquecidas por meio de coleta de dados, de pesquisa e

análise, de acompanhamento e avaliação, e de ações colaborativas. O Capítulo 4 contribui com esses esforços resumindo uma série de etapas práticas que levam ao fortalecimento dos sistemas de saúde, de modo a viabilizar o apoio ao *continuum* de cuidados descrito no Capítulo 3. Essas etapas envolvem as seguintes ações:

- Intensificação da coleta de dados e análise de tendências, níveis, riscos, causas e intervenções relacionadas à mortalidade e à morbidade materna e neonatal.
- Expansão da força de trabalho na área de cuidados básicos de saúde nos países em desenvolvimento, e enriquecimento dos níveis de especialização.
- Mobilização das sociedades para que demandem atendimento de saúde de melhor qualidade para mães e recém-nascidos, e um ambiente de apoio aos direitos da mulher e da criança.
- Estabelecimento de mecanismos de financiamento práticos, equitativos e sustentáveis para serviços de cuidados básicos de saúde e de maternidade.

- Investimento em infra-estrutura, logística, tecnologia de informação e comunicação, instalações e capacidade de gestão, para garantir atendimento de qualidade e alternativas de encaminhamento eficazes.
- Melhoria da qualidade dos serviços através do sistema de saúde.
- Promoção de comprometimento e liderança na esfera política por meio de colaboração mais vigorosa entre os parceiros.

Este capítulo analisa as seis primeiras etapas, ilustrando sua aplicação prática por meio de exemplos oferecidos pelos países. A sétima etapa será tratada no Capítulo 5.

Primeira etapa: Intensificação da coleta e da análise de dados

Uma vez que não existe um indicador que, isoladamente, descreva de maneira adequada as diversas dimensões da saúde das mães ou dos recém-nascidos, um amplo conjunto de indicadores pode ser utilizado para orientar e acompanhar os programas. Informações vitais para a

Dados de qualidade sobre saúde e sobrevivência de mães e recém-nascidos constituem a base para a formulação de políticas consistentes, programas eficazes e parcerias colaborativas.

formulação de políticas e programas incluem demografia, *status* nutricional, *status* socioeconômico, oferta de atendimento de saúde, práticas de busca por atendimento, e a aplicação de melhores práticas de saúde e nutrição.

Essas medidas fortalecem o entendimento do ônus, das tendências, dos riscos e das causas da mortalidade e da morbidade materna e neonatal. No entanto, é preciso avançar muito mais. Ainda há lacunas significativas no nível de conhecimento de muitos aspectos da saúde das mães e dos recém-nascidos – que envolvem desde a estimativa do número de mortes até os riscos que o HIV e a aids representam para a gravidez, para citar apenas duas situações. Em muitos países em desenvolvimento, os sistemas de informação sobre saúde ainda estão incompletos, o que complica os esforços para determinar o *status* de saúde das mães e dos recém-nascidos, e para aplicar as estratégias e intervenções mais adequadas.

Assim sendo, o fortalecimento da base de informações que constitui o fundamento para políticas, programas e parcerias é um componente essencial para o desenvolvimento de sistemas de saúde. Já teve início um trabalho sobre o processo de intensificação da coleta de dados. A Organização Mundial da Saúde desenvolveu diretrizes para apoiar os governos e outras agências na expansão da coleta de dados e na melhoria da qualidade dos dados sobre saúde materna. A OMS recomenda que os sistemas de informação sobre saúde se empenhem no levantamento de dados em cinco áreas fundamentais, relevantes para a saúde materna e infantil:



Cuidados essenciais, tais como imunização e suplementação com micronutrientes, protege as gestantes contra doenças e subnutrição. Em Papua Nova Guiné, agente de saúde presta atendimento que inclui medição de peso e de pressão sanguínea, vacinação contra tétano e suplementação com ferro.

© UNICEF/HQ04-1257/Giacomo Pirozzi

Um amplo conjunto de métodos vem sendo utilizado para intensificar a coleta de dados sobre a sobrevivência das mães e dos recém-nascidos, inclusive recenseamentos, pesquisas domiciliares e levantamento de dados baseado em centros de saúde.

Figura 4.1

Cuidados Obstétricos de Emergência (COE): indicadores de processo das Nações Unidas e níveis recomendados

Indicador de processo da ONU	Definição	Nível recomendado
1. Volume de serviços de COE disponíveis	Número de centros de saúde que fornecem COE	Mínimo: um centro de saúde abrangente, com COE, e quatro centros de saúde básicos para cada 500 mil pessoas
2. Distribuição geográfica de centros de saúde com COE	Centros de saúde que fornecem COE adequadamente distribuídos no nível subnacional	Mínimo: todas as áreas subnacionais têm o número mínimo aceitável de centros de saúde básicos e abrangentes, com COE
3. Proporção de todos os partos realizados em centros de saúde com COE	Número total de partos realizados em centros de saúde com COE como porcentagem da população	Mínimo: 15%
4. Necessidade de serviços de COE atendida	Proporção de mulheres com complicações obstétricas tratadas em centros de saúde com COE	Mínimo: 100% (estimado como 15% do número esperado de partos)
5. Intervenções cesarianas como porcentagem de todos os partos	Partos por intervenção cesariana como proporção de todos os partos na população	Mínimo: 5% Máximo: 15%
6. Taxa de casos fatais	Proporção de mulheres com complicações obstétricas que morrem em um centro de saúde	Máximo: 1%

Fonte: Nações Unidas.

- Taxas de mortalidade materna e neonatal.
- Fatores ou determinantes que contribuem para a morbidade e a mortalidade.
- Percepções da comunidade com relação a problemas de saúde e ações adequadas, inclusive tipos de serviços e atitudes voltados à busca por atendimento.
- Serviços de atendimento de saúde de qualidade disponíveis e acessíveis.
- Atendimento de qualidade.²

Inúmeras ferramentas facilitam a coleta dessas informações, como recenseamentos, autópsia verbal, registro de óbito, levantamentos ou estudos, dados obtidos em centros de saúde ou em serviços de vigilância de saúde. Uma vez que cada método tem seus pontos fortes e fracos, deve ser utilizado mais de um mecanismo para avaliar a morte de mães e recém-nascidos.

Recenseamentos, questionários e pesquisas domiciliares

Censos nacionais constituem uma fonte fundamental para a aquisição de dados e informações sobre saúde materna. Frequentemente, os censos fornecem o único levantamento domiciliar suficientemente amplo para permitir a medição de variações geográficas e socioeconômicas nas taxas de mortalidade materna. Um censo pode incluir questões de acompanhamento que visam à avaliação do momento da morte de mães em idade fértil em cada família no período dos últimos 12 meses. No entanto, é preciso observar que alguns países não vêm utilizando o censo para coletar esse tipo de informação, perdendo assim uma oportunidade de coletar informações valiosas sobre a saúde materna.

A autópsia verbal é outro método para a coleta de informações sobre mortalidade e morbidade. A Organização Mundial da Saúde desenvolveu três questionários de autópsia verbal – um para investigar as mortes nas quatro primeiras semanas de vida, outro para crianças com idade entre quatro semanas e 14 anos, e um terceiro para pessoas com 15 anos ou mais –, com o objetivo de ajudar a padronizar critérios e métodos de medição. Esse nível de detalhe na análise leva em conta o aspecto crítico do momento da ocorrência, que no passado não foi adequadamente enfatizado.³

A obtenção de informações sobre a causa da morte pode representar um desafio. Segundo a Organização Mundial da Saúde, apenas 31 dos 193 Estados Membros relatam estatísticas de alta qualidade sobre causa de

morte. Diversos países vêm utilizando instrumentos de vigilância, tais como os Sistemas de Vigilância Demográfica, em áreas geográficas mais limitadas, para determinar a causa da morte. Os métodos utilizados incluem investigações de acompanhamento de mortes por meio de autópsia verbal, para solicitar aos membros da família, aos provedores de cuidados de saúde e aos membros da comunidade que expliquem as circunstâncias da morte. Esses sistemas são denominados “sistemas de registro de amostra vital com autópsia verbal”. Uma política não-repreensível, que não responsabilize os respondentes pelas respostas dadas às perguntas da pesquisa, é fundamental para atrair e manter o apoio da comunidade a esse esforço.⁴

Diversos fatores influenciam as condições de saúde das mães e dos recém-nascidos: fatores biológicos, como *status* nutricional; determinantes socioeconômicos, como renda e educação; comportamentos voltados à saúde e práticas saudáveis; barreiras ao acesso a serviços de saúde; e fatores comportamentais de risco, como violência doméstica e fumo. Pesquisas e estudos domiciliares constituem os métodos básicos para avaliar a frequência desses tipos de determinantes, que podem ser analisados na sequência para permitir melhor compreensão a respeito da população à qual são destinados os programas de saúde.

Pesquisas domiciliares transversais importantes, realizadas periodicamente, incluem Pesquisas sobre Demografia e Saúde (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional), Pesquisas sobre Agrupamento de Indicadores Múltiplos (UNICEF) e Pesquisas sobre Saúde Reprodutiva (Centros para o Controle de Doenças).

Essas pesquisas internacionais fornecem dados quantitativos abrangentes sobre uma ampla variedade de tópicos de saúde. Desde 1995, foram realizadas cerca de 200 MICS em 100 países.

Coleta de dados baseada em centros de saúde e na comunidade

Dados coletados em centros de saúde, através da ampla rede de provedores públicos e privados de atendimento de saúde, também são úteis para avaliar as condições da saúde das mães e dos recém-nascidos. O número de mortes em centros de saúde pode ser prontamente identificado, e abre oportunidades para conhecer os melhoramentos necessários para evitar mortes futuras, especialmente em instituições, em um processo conhecido como “investigação ou auditoria de mortes maternas”. Esse tipo de dados também pode fornecer

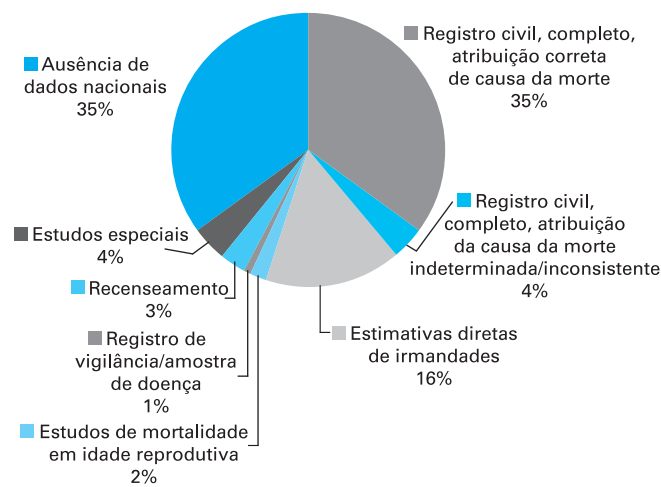
insights sobre situações em que uma morte iminente foi evitada – complicações com risco de morte, mas que não resultaram em óbito –, que são importantes para o aprimoramento da qualidade dos serviços.⁵

Governos, instituições de pesquisa e outras agências também realizam o trabalho de vigilância de saúde, definido pelos Centros de Controle de Doenças como “atividades contínuas e sistemáticas de coleta, análise, interpretação e divulgação de dados referentes a um evento relacionado à saúde, a serem utilizados em ações de saúde pública para reduzir a morbidade e a mortalidade, e para melhorar as condições da saúde.”⁶ Esse método de coleta de dados pode ser associado a outros para avaliar as condições de saúde da população ao longo do tempo e por área geográfica.

Figura 4.2

Distribuição de fontes básicas de dados utilizadas para calcular as estimativas de mortalidade materna de 2005

Número total de países: 171



Fonte: Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial. *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Genebra: WHO, 2007, p.9.



© UNICEF/H006-0550/Shehzad Noorani

O aumento no número de partos assistidos por agentes de saúde especializados pode reduzir o número de mortes maternas causadas por complicações ocorridas durante o parto. No Sudão, durante sessão de capacitação de mulheres em um centro de capacitação de parteiras, dois professores demonstram procedimentos adequados para segurar um bebê após o parto.

Outros aspectos do atendimento de saúde às mães também vêm sendo medidos, com forte apoio de agências internacionais. O UNICEF e seus parceiros coletam dados em centros de saúde para produzir indicadores para cuidados obstétricos emergenciais. A avaliação das necessidades de atendimento obstétrico de emergência também vem sendo realizada pelo UNICEF, pelo Fundo de População das Nações Unidas e pela Universidade de Colúmbia, no Projeto Evitando a Morte e a Incapacitação de Mães.⁷

A Rede de Métricas de Saúde – uma parceria internacional dedicada a ajudar os países a fortalecer seus sistemas de informação sobre gestão da

saúde – desenvolveu uma ferramenta para avaliar a integralidade e a qualidade desses sistemas (*ver Destaque “Melhorando sistemas de informação sobre saúde: a Rede de Métricas de Saúde”, página 104*). A Organização Mundial da Saúde coordenou a elaboração de um guia intitulado *Beyond the Numbers (Além dos Números)*, que descreve métodos que podem ser utilizados para relatar a história da morte de uma mulher como parte dos esforços para reduzir a mortalidade materna. Esses métodos incluem autópsias verbais baseadas na comunidade, investigação nos centros de saúde sobre mortes maternas ou sobre situações de iminência de morte materna não consumada, auditorias

clínicas, e inquéritos confidenciais regionais ou nacionais mais abrangentes.⁸ Em Moçambique, uma investigação sobre mortes maternas em centros de saúde forneceu *insights* valiosos a respeito de fatores evitáveis envolvidos com essas mortes, e para a formulação de políticas direcionadas e respostas dos sistemas.⁹

Também foram criados métodos para avaliar a qualidade do atendimento prestado por provedores de saúde. Duas dessas estruturas são o método de Aprimoramento da Qualidade do Desempenho, desenvolvido pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, e o método de serviços por provedores

Utilizando metodologia de associações críticas nos sistemas de atendimento de saúde para evitar mortes maternas

por Rosa Maria Nuñez-Urquiza, Instituto Nacional de Saúde Pública, México

A metodologia de associações críticas (MAC) analisa cada morte materna como um evento de vigilância. Revê todas as interações de atendimentos de saúde entre uma mulher e as equipes de saúde antes de sua morte, fornecendo uma linha do tempo de ações de saúde e o provimento correspondente de atendimento através de todo o sistema.

A MAC avalia os atendimentos de saúde em três dimensões:

- desempenho clínico (atrasos, omissões e conformidade com padrões de qualidade comparados a diretrizes estabelecidas);
- organização interna do hospital;
- continuidade de cuidados entre centros de atendimento de saúde.

Por meio desse processo de análise, a MAC enfoca intervenções essenciais que, quando oferecidas de forma diligente, podem evitar futuras mortes maternas. Possibilita que os comitês de maternidade segura mudem seu foco – de uma causa médica de morte para uma perspectiva gerencial de oportunidades perdidas. Essa mudança de perspectiva é destacada por meio das seguintes linhas de inquirição:

- *Durante quais interações entre a mulher e o sistema de saúde as condições que a levaram à morte poderiam ter sido administradas de forma mais eficiente?*
- *Com base nessa análise, que etapas específicas devem ser modificadas no futuro para evitar a morte de mulheres em circunstâncias semelhantes?*
- *Para sustentar essas mudanças específicas, em cada unidade de atendimento, quais processos demandam modificações para garantir a qualidade do atendimento, e que fatores do sistema de saúde podem ser reprogramados para garantir a continuidade do atendimento em emergências obstétricas?*

Além disso, a comparação de casos de iminência de morte (complicações que levaram a morbidade grave, mas que, no final, não resultaram em morte) com casos de morte materna destaca o imperativo do atendimento no momento adequado. O resultado foi uma nova categoria de análise: intervalo de tempo terapêutico, que solicita pesquisas clínicas para estabelecer o intervalo durante o qual as intervenções são eficazes. O intervalo de tempo terapêutico ajuda a demonstrar que, mesmo quando é ministrado, o tratamento adequado talvez não preserve a vida da mulher, caso não seja aplicado no momento adequado.

De um caso único em alerta vermelho a pesquisas adicionais

A comunicação direta e regular entre supervisores de área da MAC e autoridades federais garantiu que situações de alerta detectadas por estudos de casos individuais estimulassem análises adicionais de sistemas de dados

rotineiros (registros hospitalares de 1.029 mil pacientes anuais de obstetria em 617 hospitais públicos), visando explorar a magnitude e a distribuição dessas falhas no atendimento materno em todo o sistema de saúde.

Um bom exemplo é um estudo realizado pela MAC sobre mulheres com hemorragia pós-parto que morreram enquanto eram transferidas de hospitais comunitários para hospitais de referência. A avaliação identificou como omissão fatal a falha na estabilização das mulheres antes da remoção. Nos sete estados onde a porcentagem de mortes maternas causadas por hemorragia pós-parto ficou acima da média nacional, até 60% das mortes maternas ocorreram durante o transporte das pacientes para hospitais maiores. No ano seguinte ao fornecimento de ambulâncias e agentes capacitados a um desses distritos de saúde, a taxa de mortalidade materna causada por hemorragia pós-parto caiu em 30%.

A MAC vem ajudando a reformular a rede de comunicação entre os centros de saúde em cada sistema de saúde distrital. Além disso, a aplicação da MAC requer o envolvimento de um grupo mais amplo de interessados, além daqueles tradicionalmente engajados em comitês de maternidade segura, ou seja, chefes de laboratórios clínicos e de bancos de sangue, assim como administradores distritais da área da saúde.

Um dos resultados da aplicação da MAC são os relatórios das divisões de saúde reprodutiva do Ministério da Saúde e do Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS, o sistema mexicano de seguridade social), que não identificam as causas de morte materna apenas como clínicas: pré-eclâmpsia, sépsis, etc. Atualmente, as causas dessas mortes são identificadas também como falhas detectadas no processo de atendimento. Por exemplo, atualmente o relatório sobre mortalidade materna de determinado sistema de saúde, distrital ou estadual, afirma que “15% das mortes maternas causadas por falhas na estabilização da condição da mulher antes da remoção foram consequência da falta de soluções de aplicação intra-venosa nos centros de saúde”. Ou ainda: “10% das mortes maternas foram causadas pela demora no atendimento por um cirurgião que foi chamado ao hospital distrital durante finais de semana”. Uma abordagem que vai além das causas médicas ajuda a diagnosticar falhas nos sistemas de saúde. Mortes maternas serão evitadas se tais falhas forem sanadas imediatamente.

Ver Referências, página 111.

Novas tecnologias também vêm mostrando potencial para apoiar a coleta de dados sobre saúde materna e neonatal.

eficientes, direcionados para o cliente (COPE), desenvolvido pelo EngenderHealth.¹⁰

Além de novas ferramentas de medição, também vêm sendo aplicadas novas tecnologias em apoio à aquisição de informações. Por exemplo, pesquisas que utilizam tecnologia digital abrem a possibilidade de coleta de informações nas áreas mais remotas.

Em um estudo realizado pela Iniciativa para a Avaliação Programada da Mortalidade Materna (IMMPACT), na região leste de Burquina Fasso, 127 entrevistadores, utilizando assistentes digitais pessoais, levantaram dados de 86.376 famílias no período de apenas três meses. Cada unidade custa aproximadamente US\$350, resultando em um custo total de equipamentos de US\$60 mil. Embora a análise da

relação custo/benefício não tenha sido concluída, sabe-se que a realização desse projeto utilizando planilhas em papel resultaria em um custo mais elevado, demandando um milhão de planilhas impressas, 100 posições globais de recebimento via satélite e 20 computadores de mesa. O experimento PDA teve a vantagem de permitir a liberação imediata dos dados, citada freqüentemente como um problema nas pesquisas que utilizam papel. Essa tecnologia levou ainda à capacitação e à utilização de estudantes, que adquiriram as habilidades lingüísticas necessárias e familiaridade com telefones móveis.¹¹

É evidente que existem inúmeros métodos de coleta de dados que podem fornecer informações úteis para orientar programas e políticas. A divulgação e a análise desses dados são

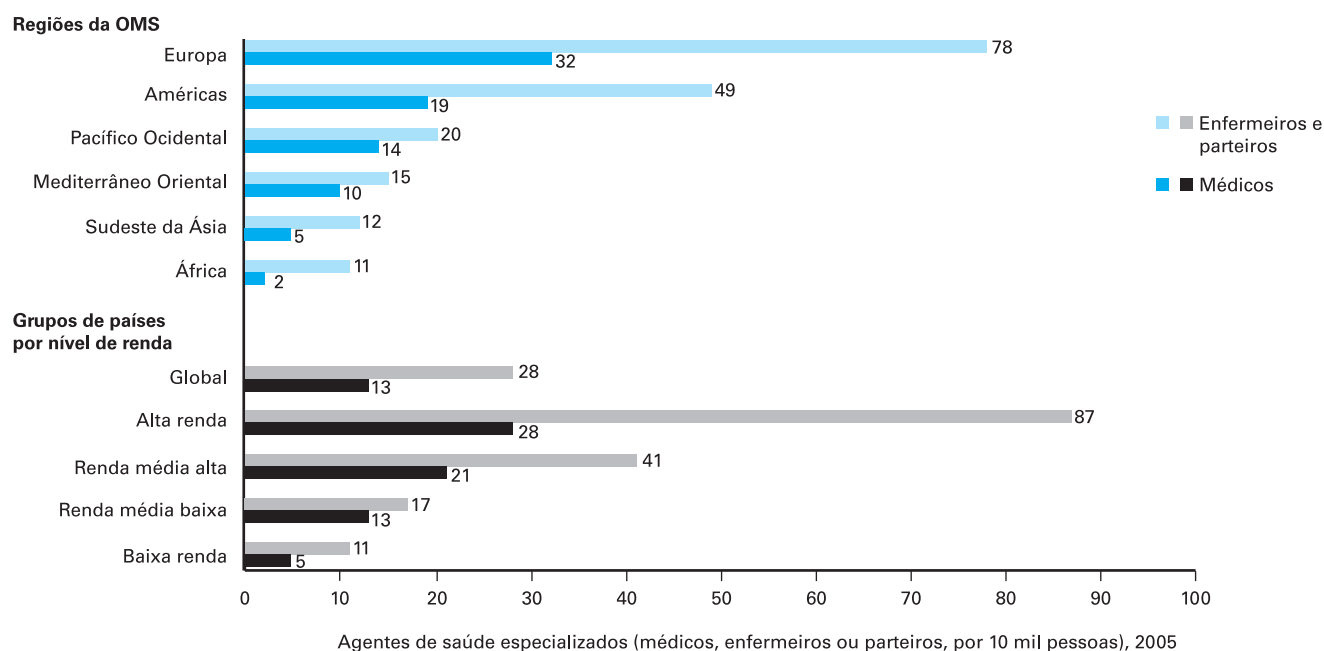
fundamentais, nos níveis local, nacional e internacional, para orientar a alocação de recursos e as respostas na forma de políticas, e para alcançar o maior impacto possível na redução do número de mortes maternas.

Segunda etapa: Aumentando os recursos humanos, a capacitação e a supervisão

Muitos países em desenvolvimento vêm enfrentando grave escassez de agentes de saúde especializados. Migração em massa, aids e conflitos armados são alguns dos principais fatores que debilitam a força de trabalho na área da saúde e, por outro lado, limitam os progressos na redução das taxas de mortalidade e morbidade de mães e recém-nascidos. Além disso, a distribuição de agentes de saúde é desigual, com maior concentração nos

Figura 4.3

Agentes de saúde especializados são escassos na África e principalmente no Sudeste da Ásia



Fonte: Organização Mundial da Saúde. *World Health Statistics 2008*. Genebra: WHO, 2008, p. 82-83.

Novo direcionamento para a saúde materna

por Mario Meriardi, Organização Mundial da Saúde, e Jennifer Harris Requejo, Parcerias para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil

Há 22 anos, a comunidade global da área da saúde reuniu-se sob os auspícios da Iniciativa Maternidade Segura para tratar a questão da mortalidade materna, cujos limites superior e inferior representam as disparidades mais gritantes da saúde pública internacional. Mesmo assim, até 1990 – ano de referência para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – mais de meio milhão de mulheres, 99% das quais nos países em desenvolvimento, ainda morriam anualmente devido a complicações relacionadas à gestação e ao parto. Estimativas sobre a mortalidade materna para 2005 indicam que aproximadamente 536 mil mulheres ainda morriam anualmente durante a gestação e o parto, o que equivale a aproximadamente uma morte por minuto de causas amplamente evitáveis. Essas mortes, que estão acentuadamente concentradas nos grupos populacionais menos favorecidos nos países que não dispõem de muitos recursos, refletem uma desigualdade social persistente e injusta, que há muito merece maior atenção. Ocorrem em número desproporcionalmente maior na África ao sul do Saara, que responde por 50% das mortes maternas anuais, e na Ásia Meridional (35%). Essa situação coloca o mundo a uma distância muito grande de seu objetivo de reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2015 (quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, Meta A).

Apesar da decepcionante falta de progressos na redução da mortalidade infantil desde o lançamento da Iniciativa Maternidade Segura, avanços importantes relacionados à saúde materna foram registrados em diversas frentes. Um volume de recursos sem precedente foi destinado à saúde no nível internacional, associado a um compromisso político renovado com cuidados primários de saúde e com novas iniciativas complementares, enfocando especificamente a saúde materna, neonatal e infantil. Esses recursos sugerem a existência de um *momentum* crescente visando ao enfrentamento da mortalidade materna, uma questão historicamente negligenciada. Outros avanços nessa direção incluem a adoção do *continuum* de cuidados como estrutura básica para programas de saúde pública; a criação da Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil, em 2005, para orientar e promover o *continuum*; a ratificação do Plano de Ação de Maputo, visando à implementação, na África, da estrutura de saúde e direitos na área sexual e reprodutiva; o acréscimo de uma nova meta para o ODM 5 (5B), que estabelece o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015; e a inclusão da sobrevivência materna nas avaliações da iniciativa Contagem Regressiva para 2015. Esses avanços comprovam a adoção de um foco revitalizado da comunidade global de saúde sobre a sobrevivência e o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

Melhorias nos procedimentos utilizados para estimar a mortalidade materna, novas estimativas sobre a incidência de abortos e maiores esforços para mapear o ônus global das condições precárias da saúde da mulher são avanços epidemiológicos importantes que permitirão que os governos e seus parceiros tomem decisões baseadas em informações mais consistentes. O crescente reconhecimento do papel causal da subnutrição em relação à mortalidade materna resultou em interesse renovado pela suplementação com micronutrientes durante a gestação. Resultou também em maior ênfase sobre a necessidade de enfrentar fatores básicos e subjacentes, tais como pobreza, discriminação de gênero e falta de poder – inclusive acesso limitado de meninas e mulheres jovens à educação, assim como sua alta exposição a infecções. Surgiu também um amplo consenso sobre estratégias básicas para o setor da saúde, necessárias para reduzir a mortalidade materna. O atendimento abrangente de saúde reprodutiva agora inclui planejamento familiar, atendimento especializado para todas as gestantes durante a gravidez e o parto, e cuidados emergenciais para mulheres e bebês com complicações que põem em risco

sua vida. Por meio da iniciativa Contagem Regressiva para 2015, governos nacionais, agências da ONU, parcerias internacionais em saúde e organizações não-governamentais estão rastreando indicadores de cobertura de intervenções e abordagens comprovadamente eficazes e associadas a cada um desses três pilares – que incluem atendimento pré-natal, disponibilidade de cuidados obstétricos emergenciais, taxas de partos por cesariana, prevalência de anticoncepcionais, atendimento especializado durante o parto, atendimento pós-natal e necessidades de planejamento familiar não atendidas.

Melhores formas de documentar a distribuição global de mortalidade e morbidade materna, e de identificar e registrar intervenções eficazes foram complementadas por constatações importantes de pesquisas sobre como enfrentar os riscos à saúde materna. Diversas intervenções apresentadas em estudos epidemiológicos, visando melhorar a sobrevivência materna e adequadas para aplicação universal, estão disponíveis para implementação em larga escala. Entre elas estão a suplementação com sulfato de magnésio e cálcio, para a prevenção dos distúrbios hipertensivos da gestação; estratégias eficazes de divulgação de diretrizes para a prevenção e o tratamento de hemorragia pós-natal; e o provimento recomendado de no mínimo quatro visitas de atendimento pré-natal às gestantes e uma visita de atendimento pós-parto às mães “de primeira viagem”. Conhecimentos mais completos sobre a associação inextricável entre a saúde materna e a saúde do recém-nascido também resultaram em outras medidas: introdução de programas eficazes para a prevenção e o tratamento de HIV e malária, por meio da ampliação do provimento de mosquiteiros tratados com inseticida e tratamento preventivo intermitente na gestação; intervenções para prevenir a transmissão de HIV da mãe para a criança; medidas preventivas para evitar infecções por HIV, principalmente entre jovens; e tratamento anti-retroviral para mulheres e crianças HIV positivo.

Áreas fundamentais de pesquisas promissoras incluem atividades que enfocam o desenvolvimento de estratégias para garantir a distribuição de pacotes abrangentes de serviços de saúde inseridos no *continuum* de cuidados a mães e recém-nascidos. Um componente essencial dessas estratégias é a criação de mecanismos para integrar serviços tradicionalmente oferecidos por meio de abordagens verticais – tais como imunização e suplementação com micronutrientes – ao atendimento pré e pós-natal, como parte do fortalecimento de sistemas de saúde. Nos últimos anos, foi registrada uma tendência encorajadora de criação de parcerias colaborativas entre organizações internacionais, agências governamentais, instituições de pesquisa, organizações não-governamentais e o setor privado. Essas parcerias visam promover projetos multinacionais de pesquisa sobre as principais complicações que ocorrem durante a gestação e o parto – inclusive parto prematuro, natimortos, comprometimento do crescimento fetal, distúrbios hipertensivos, hemorragia pós-parto, trabalho de parto obstruído e fístula obstétrica.

O crescente apoio político e financeiro a iniciativas programáticas e de pesquisa, que visam melhorar a saúde materna e infantil, e a mudança da abordagem – de um foco setorial, que visa um tema único de cuidados de saúde, para formas colaborativas de prestação de cuidados primários de saúde em um *continuum* de cuidados – aumentaram as esperanças e expectativas de que os ganhos tão esperados na saúde materna, neonatal e infantil, tão essenciais para o bem-estar e o desenvolvimento das populações, ganhem evidência cada vez maior em um futuro próximo.

Ver Referências, página 111.

Fortalecendo o sistema de saúde no Laos

O Laos é um país montanhoso, extensamente rural, situado no Sudeste da Ásia, cuja renda bruta nacional média *per capita* em 2007 ficou abaixo de US\$600. Cerca de 40% da população dessa nação etnicamente diversa – que compreende cerca de 50 grupos étnicos diferentes – vivem abaixo da linha da pobreza. Embora o país esteja a caminho de realizar o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, tendo conseguido reduzir em 57% sua taxa de mortalidade de menores de 5 anos entre 1990 e 2007, ainda há desafios significativos em relação à saúde de mães e recém-nascidos.

Os principais desafios são subnutrição, melhorias nas práticas de alimentação e de higiene, imunização, saúde ambiental e garantia de pessoal de saúde especializado para o provimento de serviços de saúde de boa qualidade. O baixo peso afeta mais de um em cada sete recém-nascidos, condição freqüentemente associada à precária nutrição materna. O aleitamento materno exclusivo – em 23%, de acordo com estimativas mais recentes – está muito aquém da média de 43% para a região Leste da Ásia e Pacífico. Apenas 60% da população têm acesso ao fornecimento de água limpa de boa qualidade, e apenas 48% têm acesso a instalações sanitárias adequadas. O acesso a esses dois serviços essenciais é ainda menor nas áreas rurais. Em 2007, apenas 40% dos bebês menores de 1 ano de idade foram imunizados contra sarampo, e apenas 47% das gestantes foram imunizadas contra tétano neonatal. Em 2005, a taxa de mortalidade materna no Laos foi de 660 mortes por 100 mil nascidos vivos – a mais alta na região. Naquele ano, o risco de morte materna era de uma em 33.

Apesar desses desafios, avanços vêm sendo registrados em relação à expansão dos serviços de saúde para atender a grande população rural do país. Um dos programas envolve o Save the Children Australia, que trabalhou em associação com o Escritório Provincial de Saúde e outros parceiros em Sayaboury para ampliar e melhorar a infra-estrutura de cuidados primários de saúde em quatro etapas de três anos. Seus objetivos são:

- **Primeira etapa:** Fortalecer a equipe provincial de gestão responsável pela capacitação de equipes distritais, voluntários de saúde e parteiras tradicionais dos vilarejos; desenvolver clínicas fixas e móveis para atendimento materno e infantil; e fornecer equipamentos essenciais.
- **Segunda etapa:** Integrar cuidados primários de saúde em todos os níveis – na província, no distrito e no vilarejo.
- **Terceira etapa:** Ampliar programas para quatro distritos situados em áreas remotas.
- **Quarta etapa:** Fortalecer as habilidades de agentes de saúde por meio da adoção da estrutura da Gestão Integrada de Doenças Infantis.

O programa dá prioridade também a educação de mulheres em melhores práticas de nutrição, incluindo aleitamento materno e alimentação complementar, uma vez que estudos no país demonstraram forte associação entre práticas inadequadas de alimentação e subnutrição infantil. A divulgação de outras informações sobre saúde, inclusive sobre cuidados clínicos e imunização, também constitui um componente importante do programa.

O programa Sayaboury registrou sucesso significativo, a um custo altamente acessível de aproximadamente US\$4 milhões ao longo de um período de 12 anos, o que representa um gasto *per capita* de apenas US\$1 por ano. Entre 1998 e 2003, a taxa de mortalidade materna no distrito caiu de 218 por 100 mil nascidos vivos para 110 por 100 mil nascidos vivos. A idade média em que os bebês começavam a receber alimentação complementar aumentou de 2,8 meses, em 1999, para 3,7 meses, em 2001. A taxa de aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro meses subiu de 28%, em 1999, para 66,2%, em 2004. Entretanto, a cobertura de vacinação permaneceu inadequada: em 2007, apenas 50% das crianças menores de 1 ano de idade recebiam no mínimo três doses de vacina contra difteria, pertússis e tétano, o indicador de referência para a cobertura de imunização de rotina.

Complementando os esforços para melhorar a saúde materna e neonatal, a campanha de comunicação Pais Cuidadores estimula os pais a apoiar os cuidados com mães, gestantes e seus bebês. Em colaboração com o UNICEF e o Sindicato de Trabalhadores do Laos, o Ministério da Saúde criou métodos abrangentes para defender maior envolvimento dos homens nos cuidados familiares. Essas campanhas visam basicamente aos pais com trabalho remunerado, identificados como o grupo com maior probabilidade de envolvimento com sexo comercial, fonte da crescente prevalência de HIV no país. Embora o Laos registre uma taxa de prevalência de HIV inferior à de alguns de seus vizinhos, a pobreza e a migração entre fronteiras vêm contribuindo para a disseminação do vírus. Cartazes e folhetos sobre temas como Pais Cuidadores na Gestação foram reimpressos devido a uma demanda inesperadamente alta.

Esses programas voltados às iniciativas comunitárias na área da saúde, à ampliação de campanhas de imunização e suplementação alimentar realizadas em 2007 com o apoio do UNICEF, e à construção de infra-estrutura de saúde já estão ajudando a reduzir o ônus ainda alto de mortes maternas e neonatais no Laos.

Ver Referências, página 111.

O enfrentamento das crises de agentes de saúde é fundamental para a melhoria das condições de saúde das mães e dos recém-nascidos. África e Ásia vivem as piores situações de escassez.



© UNICEF/H007-1307/Anita Khemka

Prevenir a morte materna ajuda a garantir a sobrevivência e a saúde de recém-nascidos. No Paquistão, na ala de maternidade de um hospital, após um parto bem-sucedido, a mãe descansa ao lado de sua filha recém-nascida.

países desenvolvidos em comparação com os países em desenvolvimento e, dentro dos países, nas áreas urbanas em relação às áreas rurais.

Em 2006, uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde recomendou que os países alcançassem a média de 2,28 profissionais da saúde para cada mil habitantes, de modo a garantir cobertura adequada de atendentes especializados no momento do parto. Dos 57 países que não

alcançaram essa marca, 36 estão na África ao sul do Saara. Em termos absolutos, a maior escassez de agentes de saúde está na Ásia, especialmente na Índia, na Indonésia e em Bangladesh, mas a maior necessidade relativa está na África ao sul do Saara, onde o número de agentes de saúde deve aumentar em 140% para alcançar o nível necessário.¹² No *Relatório sobre a Saúde Mundial 2005*, a Organização Mundial da Saúde estima que o aumento da cobertura de atendimento à saúde materna até 2030

exigirá um aumento de três vezes nos níveis de cobertura, sendo necessários 334 mil atendentes de saúde especializados para alcançar cobertura de 73% no atendimento a partos em todo o mundo até 2015 – além de milhares de médicos, cirurgiões, anestesistas, técnicos e unidades de maternidade nos centros hospitalares.¹³

No momento do parto, nada substitui a presença de um agente de saúde especializado. Foi a presença desse

Cinquenta e sete países – 36 na África ao sul do Saara – não alcançam o limite mínimo estabelecido pela OMS de 2,28 agentes de saúde por mil habitantes, que permitiria o atendimento especializado adequado no momento do parto.

profissional que permitiu a redução das taxas de mortalidade materna em muitos países com diferentes perfis. A Organização Mundial da Saúde define um atendente de parto especializado como “um profissional da saúde credenciado – como parteiro, médico ou enfermeiro – que recebeu instrução ou capacitação para administrar situações simples de parto e de atendimento pós-natal, e para identificar e administrar situações de complicações vividas por mulheres e recém-nascidos, e para encaminhá-los para hospitais de referência”.¹⁴ Mesmo assim, os agentes de saúde que se enquadram nessa categoria variam amplamente de um país para outro, e nem todos os agentes de saúde

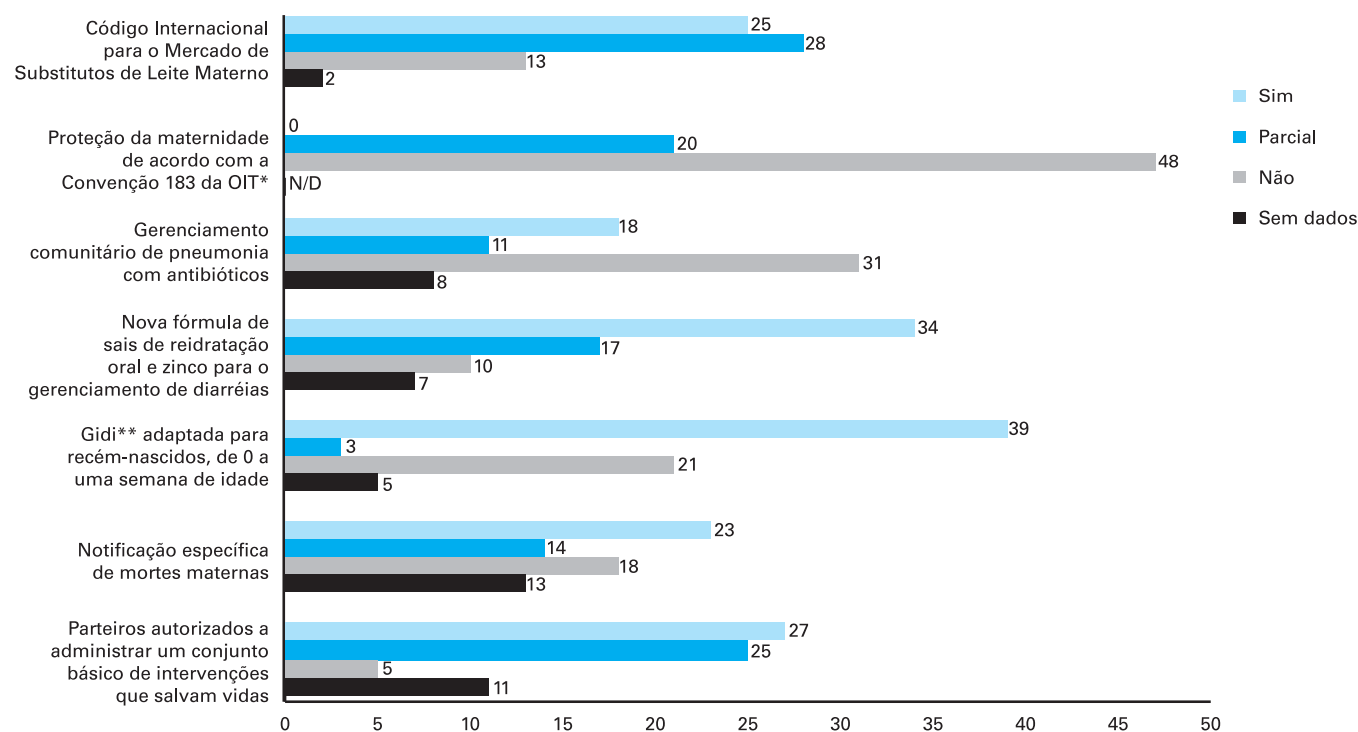
descritos como “atendentes de parto” dominam as habilidades necessárias.

Parteiras ou outros provedores de nível médio, que receberam capacitação breve e que precisam de qualificações mais modestas para ingresso, devem compor uma unidade operacional dentro de um espectro de agentes de saúde que podem assumir diferentes papéis, distribuir tarefas com prazo determinado, e construir um sistema de encaminhamento para gestantes e recém-nascidos. É fundamental também que atendentes de parto capacitados tenham a garantia de um apoio que permita que utilizem suas habilidades, o que demanda equipes eficazes, suprimentos, supervisão e sistemas de

referência. Em Moçambique, por exemplo, parteiras e enfermeiras-parteiras ajudaram obstetras a prestar atendimento obstétrico de emergência, de boa qualidade e com boa relação custo/eficácia, em áreas mal atendidas de cuidados médicos.¹⁵ No Peru, agentes de saúde comunitários fazem visitas mensais a famílias de “alto risco” – definidas como lares onde vivem crianças menores de 1 ano de idade, mulheres grávidas e mulheres em idade fértil – e prestam atendimento a bebês com dificuldade respiratória.¹⁶ A distribuição de responsabilidades pode assegurar atendimento mais freqüente, reduzindo ao mesmo tempo a dependência excessiva de uma equipe pequena e sobrecarregada.

Figura 4.4

Levantamento de políticas de saúde materna, neonatal e infantil pelos 68 países que a Contagem Regressiva para 2015 considera prioritários



* OIT: Organização Internacional do Trabalho

** Gidi: Gestão Integrada das Doenças Infantis

Fonte: Contagem Regressiva para 2015. *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: 2008 Report*. Nova Iorque: UNICEF, 2008, p. 200-201.



Fortalecer a força de trabalho do setor de saúde por meio de recrutamento, capacitação e retenção de agentes de saúde especializados e de agentes de saúde comunitários é um desafio básico para os países no mundo em desenvolvimento. Em um hospital do Afeganistão, médica conduz curso de capacitação de parteiras.

Os países enfrentam também o desafio de desenvolver estratégias voltadas à retenção de trabalhadores que remunerem adequadamente os agentes de saúde e que atendam às suas necessidades. Em Mali, por exemplo, o Ministério da Saúde oferece aos médicos recém-formados capacitação, alojamento, equipamentos e transporte, para que trabalhem em áreas rurais.¹⁷

No Paquistão, a Iniciativa Punjab para a Maternidade Segura realiza o revezamento de médicos entre hospitais subdistritais e o hospital distrital de Sheikhpura, oferecendo atendimento obstétrico de qualidade e emergencial 24 horas por dia.¹⁸ Outros esquemas de incentivo não-financeiro, tais como revezamento de parteiras, oportunidades de capacitação e grupos

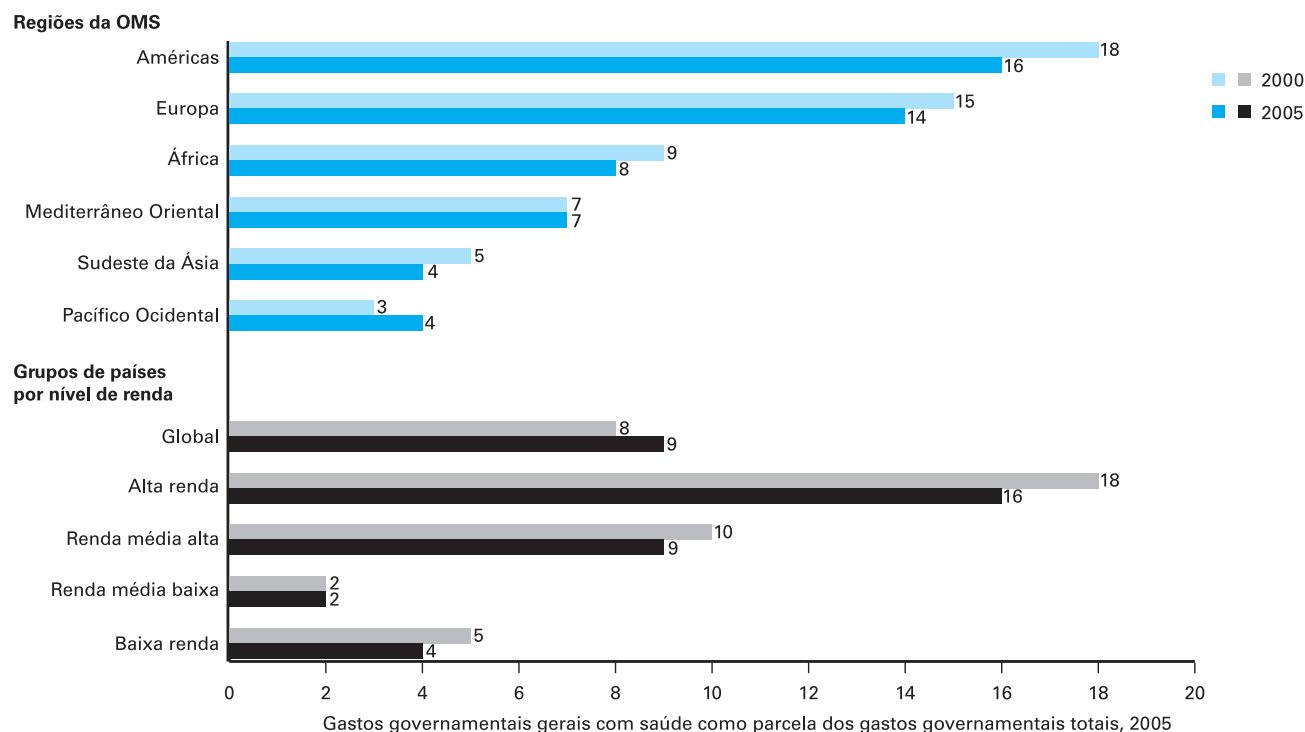
de apoio psicológico, vêm sendo utilizados nas regiões Sul e Leste da África, com diferentes níveis de sucesso. No entanto, para que o impacto dessa iniciativa seja avaliado de maneira mais completa, é preciso que seja implementada em mais larga escala e que seja objeto de pesquisas mais detalhadas.¹⁹

Terceira etapa: Promovendo a mobilização social

O sucesso de medidas baseadas na oferta de serviços depende fundamentalmente do fortalecimento da demanda por atendimento de saúde de qualidade no nível das famílias e da comunidade. A inclusão social deve ter

Figura 4.5

A Ásia registra um dos níveis mais baixos de gastos governamentais com saúde como parcela dos gastos públicos gerais



Fonte: Organização Mundial da Saúde. *World Health Statistics 2008*. Genebra: WHO, 2008, p. 90-91.

Preservando a vida de mães e recém-nascidos – os primeiros dias cruciais após o nascimento

por Joy Lawn, Pesquisadora Sênior e Consultora Política, Saving Newborn Lives/Save the Children – US, África do Sul

O investimento em atendimento pós-natal pode gerar altos retornos para a saúde materna e neonatal

Ao longo de toda a vida, é durante o parto e os primeiros 28 dias – o período neonatal – que um indivíduo enfrenta os maiores riscos de morte. A cada ano, aproximadamente quatro milhões de recém-nascidos morrem durante esse período – o equivalente a aproximadamente 10 mil por dia. Dessas mortes, 75% ocorrem durante a primeira semana após o nascimento, e de um milhão a dois milhões de recém-nascidos morrem no primeiro dia após o nascimento. Em sua maioria, essas mortes ocorrem em casa, não são registradas e permanecem invisíveis a todos, com exceção dos membros da família. Anualmente, outros milhões sofrem de doenças graves, e sequer se conhece o número de crianças afetadas por deficiências que carregam pelo resto da vida. Além disso, os riscos de mortalidade e morbidade materna também são mais altos durante o parto e o período imediatamente após o nascimento.

Para bebês e mães que enfrentam complicações como sépsis neonatal ou hemorragia pós-parto, a demora de apenas algumas horas para receber atendimento adequado pode ser fatal ou resultar em lesões ou incapacitações de longa duração. Novos dados importantes provenientes de Bangladesh mostram que uma visita domiciliar no primeiro ou no segundo dia após o nascimento pode reduzir as mortes neonatais em dois terços. Entretanto, visitas de atendimento que ocorrem mais tarde são menos eficazes na redução da mortalidade. O período imediatamente após o parto – os primeiros sete dias de vida – também é crítico para dar início a comportamentos de alto impacto que podem salvar vidas, inclusive o aleitamento materno exclusivo. Para que seja totalmente satisfatório, o aleitamento deve começar antes da visita para a vacinação aplicada com seis semanas de vida: evidências mostram que apoio e orientação eficazes nos primeiros dias da vida de uma criança têm efeito direto sobre o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo. Outros comportamentos fundamentais durante o período neonatal – tais como cuidar de forma higiênica do coto umbilical e manter o bebê aquecido – podem fazer a diferença entre a vida e a morte, principalmente para bebês prematuros. O período pós-natal também é crítico para prevenir a transmissão de HIV da mãe para a criança e para possibilitar às mulheres o acesso a opções de planejamento familiar.

Cobertura de atendimento insuficiente para o período imediatamente após o nascimento

Prover atendimento eficaz para mães e recém-nascidos imediatamente após o nascimento possibilita os maiores ganhos em relação à sobrevivência e à saúde em qualquer período no *continuum* de cuidados. Entretanto, apesar dessa constatação, os primeiros dias após o nascimento são o período em que atualmente a cobertura de serviços adequados e os comportamentos são menos satisfatórios. Entre os 68 países identificados como prioritários pela iniciativa Contagem Regressiva para 2015, em média, apenas 21% das mulheres recebiam atendimento pós-natal.

Mudando paradigmas em relação ao atendimento pós-natal

Algumas mudanças de paradigma resultaram do crescente reconhecimento da importância crítica do provimento de cuidados para mães e recém-nascidos e das lacunas substanciais na cobertura atualmente existente, assim como de evidências geradas pela maioria das pesquisas realizadas na Ásia Meridional. Três questões são colocadas:

- **Para quem?** A integração do atendimento pós-natal para mães e recém-nascidos fornece cuidados mais eficazes e eficientes do que abordagens separadas em relação a atendimento pós-parto e a cuidados com o recém-nascido.
- **Onde?** Visitas rotineiras de atendimento pós-natal devem ser realizadas em casa ou perto de casa, para promover comportamentos saudáveis e levar cuidados terapêuticos – em vez de apenas esperar que a mãe ou o bebê sejam levados para um centro de saúde, caso ocorra algum problema.
- **Quando?** O contato precoce com mães e bebês é essencial. A primeira visita deve ocorrer, em termos ideais, dentro de 24 horas ou no máximo 48 horas após o parto – em vez da visita mais comum realizada seis semanas após o nascimento. O indicador que mede o atendimento pós-natal publicado pela iniciativa Contagem Regressiva para 2015 em seu relatório de 2008 enfoca o atendimento no prazo de dois dias após o nascimento. Pesquisas em larga escala estão mudando seus procedimentos para medir esse indicador em um número maior de países e comunidades.

Diminuindo a distância entre políticas e ações

É necessário modificar políticas e indicadores para que reflitam a importância do atendimento pós-natal. Mas isso não é suficiente para salvar vidas. Os serviços também devem ser ampliados de modo a garantir alta cobertura e qualidade do atendimento durante esse período. Embora o conteúdo de um pacote de cuidados de atendimento pós-natal seja bastante claro, o mecanismo de distribuição mais eficaz pode variar, principalmente para prover serviços em áreas rurais remotas e alcançar recém-nascidos e mães imediatamente após o parto. A Figura 4.5 apresenta um mapeamento de opções de distribuição com as condições de acesso a centros de saúde e a disponibilidade de recursos humanos nesses centros no nível da comunidade. Muitas das tarefas envolvidas no atendimento pós-natal podem ser delegadas a um agente auxiliar, que seria adequadamente supervisionado e efetivamente vinculado ao sistema de saúde.

A gestão de casos de infecção neonatal é uma prioridade urgente

Embora visitas imediatamente após o nascimento para atendimento preventivo sejam imensamente importantes, são mais eficazes na redução das taxas de mortalidade quando integradas a atendimento terapêutico. Cerca de um terço das mortes de recém-nascidos resulta de infecções; em ambientes pobres, com altas taxas de mortalidade, essa proporção é ainda mais alta. Muitos desses bebês são prematuros.

Por meio de um pacote de cuidados eficazes no período pré-natal, as infecções em recém-nascidos poderão ser identificadas precocemente. No entanto, na maioria dos países, doenças de recém-nascidos somente podem ser tratadas por meio do encaminhamento a um centro de saúde; mesmo assim, a procura pelo atendimento de fato é limitada a apenas uma baixa porcentagem dos casos encaminhados. Uma opção é dispor de agentes de saúde capacitados em rotinas básicas de Gidi que iniciem tratamento com antibióticos. Nos países nos quais agentes de saúde comunitários já estão capacitados para a gestão de casos de pneumonia ou malária, podem igualmente tratar a infecção neonatal mais perto da residência de pacientes. Diversos estudos realizados na Ásia demonstraram que essas estratégias podem resultar em grandes reduções na mortalidade neonatal, e casos de gestão comunitária de sépsis neonatal vêm sendo ampliados no Nepal, em associação a casos de pneumonia infantil. Dos 68 países considerados prioritários pela iniciativa Contagem Regressiva para 2015, 39 modificaram políticas para incluir gestão de casos de sépsis neonatal na estrutura da Gestão Integrada de Doenças Infantis. O principal desafio agora é identificar provedores adequados para esses cuidados em cada país.

Reduzindo a lacuna no conhecimento

Aproximadamente todas (98%) as mortes de recém-nascidos ocorrem em países de baixa ou média renda. Mesmo assim, pesquisas e recursos vêm enfocando avanços ampliados em atendimento altamente técnico para os 2% de mortes de recém-nascidos que ocorrem em países de alta renda. Um número cada vez maior de estudos vem fornecendo novas orientações para as questões “como, quem, quando e onde?” relativas ao provimento de intervenções para preservar vidas nos locais em que a maioria das mortes de recém-nascidos ocorre, e principalmente onde o acesso a centros de saúde é limitado. Uma rede de estudos em andamento em oito países africanos está analisando pacotes adaptados a cada país e a possível ampliação de grupos de agentes. A análise das vidas preservadas e dos custos ajudará a orientar políticas e programas, visando melhorar o atendimento a mães e recém-nascidos em seus primeiros dias de vida.

Ver Referências, página 111.

Figura 4.6

Estratégias de atendimento pós-natal: possibilidades e desafios de implementação

	Estratégias possíveis para contato de atendimento pós-natal	Amiga da mãe	Amiga do provedor	Desafios de implementação
1	Mãe e bebê vão ao centro de saúde	*	***	Requer que a mãe vá ao centro de saúde pouco tempo após o parto. É mais provável na sequência de um parto realizado em centro de saúde, mas mesmo assim é um desafio nos primeiros dias após o nascimento.
2	Provedor capacitado faz visita domiciliar para oferecer atendimento pós-natal para a mãe e o bebê	***	*	Condicional a recursos humanos suficientes, o que constitui um desafio. Fornecer atendimento pós-natal talvez não seja prioridade máxima para agentes de saúde especializados em ambientes nos quais seu atendimento a partos ainda é limitado. Muitas tarefas de cuidados após o nascimento podem ser delegadas a outras pessoas. Um provedor especializado pode fazer visitas domiciliares durante o período pós-natal quando os postos de saúde de áreas rurais não têm movimento durante a tarde.
3	Agente de saúde comunitário faz visitas domiciliares para ver a mãe e o bebê	***	*	Demanda número suficiente de agentes de saúde comunitários com capacitação, supervisão e incentivos adequados.
4	Associação de estratégias: parto em centro de saúde e primeira visita pós-natal no centro. A seguir, visitas domiciliares dentro de dois ou três dias, com visitas subsequentes para atendimento pós-natal no centro de saúde	**	**	Demanda abordagem em equipe de agentes que atuam em centros de saúde e agentes de saúde comunitários, recursos humanos suficientes, gerenciamento e supervisão, sistemas eficazes de encaminhamento e um sistema eficiente de mapeamento de informações, para que os progressos da mãe e do bebê sejam facilmente acompanhados.

Nota: * Baixo grau. ** Grau moderado. *** Alto grau.

Fonte: Lawn Joy e Kate Kerber, editores. *Oportunidades for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*. Cidade do Cabo: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006.

Iniciativas para incluir parcerias comunitárias em apoio a serviços de maternidade mostram-se promissoras em diversos países em desenvolvimento.

prioridade, e famílias individuais – especialmente as mulheres – e as comunidades devem ser incluídas e tratadas como parceiras no provimento de cuidados de saúde. Inúmeros casos demonstram que experiências negativas no contato com centros de saúde formais podem dissuadir as famílias, e mesmo comunidades inteiras, de buscar atendimento.

Uma das intervenções mais importantes para a melhoria das condições de saúde das mães e dos recém-nascidos é o reconhecimento de riscos evitáveis. Atitudes e crenças culturais enraizadas frequentemente envolvem a gravidez e o parto, e as próprias mulheres podem ser culpadas por sua saúde precária e pelas doenças que as acometem, assim como pela mortalidade e pela morbidade de seus filhos recém-nascidos. Nos locais onde é freqüente a

ocorrência de abortos e natimortos, esses casos talvez não sejam considerados evitáveis. Ainda que não possam ser obrigadas a aceitar práticas alternativas, as comunidades podem tornar-se parceiras na promoção de sua própria saúde e de seu bem-estar, assim como da saúde e do bem-estar de suas mulheres e crianças.

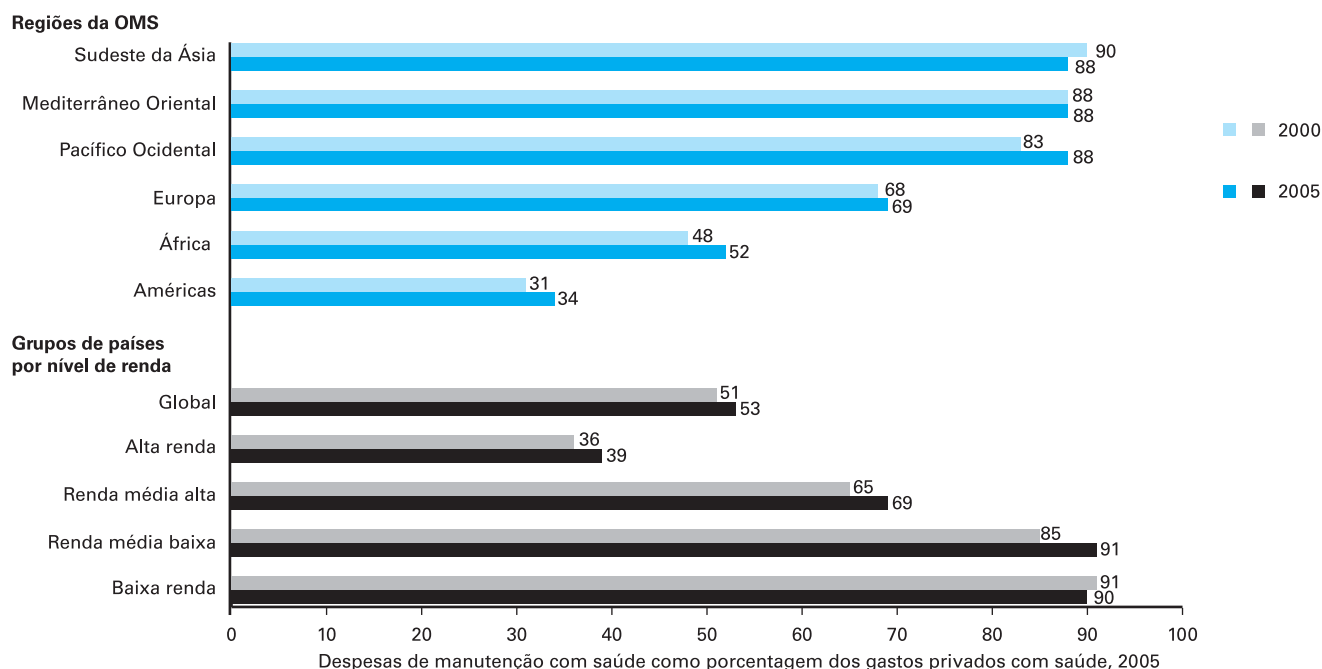
Ainda que a educação na área da saúde seja uma condição central para a promoção de práticas e comportamentos saudáveis, assim como conhecimentos adequados para a busca de atendimento, também são importantes as parcerias com pessoas diretamente interessadas no provimento da saúde e que desempenham um papel fundamental na comunidade. Um exemplo é o que vem ocorrendo em Burundi, onde atendentes de parto tradicionais foram incluídas como

assistentes de agentes de saúde formais e de mães “de primeira viagem” no atendimento de partos realizados em instituições. Em vez de remuneração em dinheiro, essas atendentes recebem alimentos e outros presentes.²⁰

Os sistemas de saúde também podem envolver as comunidades por meio da inclusão, em vez da coerção. No Equador, os formuladores de políticas adotaram esse recurso, integrando legalmente abordagens interculturais à saúde reprodutiva e sexual, com o objetivo de estimular maior participação de mulheres indígenas no desenvolvimento sustentável da saúde. Essa estratégia pode contribuir para lidar com a crença de algumas mulheres indígenas de que práticas culturais, tais como a posição vertical no momento do parto, as excluía de serviços de saúde modernos.²¹

Figura 4.7

Países de mais baixa renda pagam a maior parte das despesas de manutenção do atendimento privado de saúde



Fonte: Organização Mundial da Saúde. *World Health Statistics*. Genebra, WHO, 2008, p. 90-91.

A mobilização das famílias, incluindo os pais e outros parentes, para que reconheçam e estejam atentos aos riscos à saúde é fundamental para fortalecer o ambiente de apoio à saúde das mães e dos recém-nascidos.

Burundi: compromisso governamental com o atendimento da saúde materna e infantil

O Burundi é um dos países menos desenvolvidos do mundo. Guerra civil prolongada e interrupção da reestruturação política impediram o progresso econômico e social. As taxas de pobreza são altíssimas: aproximadamente 88% da população vivem com apenas US\$2 por dia. A subnutrição afeta 66% das pessoas, e mais de 50% das crianças menores de 5 anos de idade sofrem de retardo de crescimento moderado ou grave. Em 2005, as mulheres enfrentavam um risco de morte materna de uma em 16. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade materna ajustada chegou a 1.100 mortes por 100 mil nascidos vivos e, em 2004, a taxa de mortalidade neonatal foi de 41 por mil nascidos vivos.

O Burundi aprendeu com a experiência a importância de fornecer cuidados de saúde de qualidade e acessíveis à população pobre em geral, e a mães e crianças, em particular. Em fevereiro de 2002, o governo implementou um programa de recuperação de custos que exigia dos pacientes o pagamento por consultas, testes e medicamentos. A iniciativa visava gerar recursos para um novo sistema de cuidados de saúde e foi implementada em 12 das 17 províncias rurais, cobrindo cinco milhões dos 8,5 milhões de habitantes do país. A introdução do programa aumentou o número de pacientes que não podiam pagar pelos serviços médicos que recebiam em hospitais públicos, e muitos deles precisavam de internação. O Relatório de 2006 do Human Rights Watch sobre internação de pacientes registrou que, dos pacientes indigentes atendidos pelo hospital, 35% eram mulheres submetidas a cirurgias cesarianas; 10% dos pacientes incluídos no estudo eram crianças. Além da carga opressiva das despesas, os serviços de cuidados de saúde para mulheres e crianças freqüentemente tinham baixa qualidade.

O governo atual, liderado pelo presidente Nkurunziza, vem tomando providências para enfrentar essa crise na área da saúde. Em 2005, quando o Burundi juntou-se à “Iniciativa pelos Países Pesadamente Endividados”, do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, com alívio temporário da dívida, o orçamento destinado à saúde triplicou. Em 2006, o governo deu um passo decisivo, anunciando cuidados de saúde gratuitos para gestantes e crianças. Uma nova política – Planejamento para a Redução da Mortalidade Materna e

Neonatal – foi elaborada e lançada no mesmo ano, com a colaboração do Fundo de População das Nações Unidas, da Organização Mundial da Saúde, do Programa Mundial de Alimentação e do UNICEF. Outro passo importante foi dado em 2007, quando o Burundi tornou-se um dos oito países a juntar-se à Parceria Internacional em Saúde – uma colaboração entre governos, organizações internacionais e organizações não-governamentais, liderada pelos países e baseada em resultados. Um dos principais objetivos dessa parceria é identificar um conjunto de metas básicas, que incluem o aumento do número de partos institucionais e dos serviços de prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança.

Atualmente, as Políticas Nacionais de Saúde Reprodutiva praticadas no Burundi consideram os cuidados com recém-nascidos como uma estratégia crítica para a redução da mortalidade infantil. Como ponto fundamental, essas políticas incluem a ampliação de serviços de prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança. Em Bujumbura, a taxa média de prevalência de HIV em gestantes entre 15 e 24 anos de idade chegou a 16% em 2005. Uma área para a implementação de futuros programas talvez seja a garantia de maior apoio por parte dos homens a estratégias de prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança.

O país também iniciou o provimento de cuidados básicos de saúde extremamente necessários, que afetarão de forma positiva a saúde de mulheres e crianças. Nas áreas de alto risco, programas de imunização forneceram vacinas de toxóide tetânico para cerca de 75% das mulheres. Esses esforços mobilizaram os interessados nos níveis nacional e local. No entanto, para que o apoio de atores internacionais e locais à construção da infra-estrutura da área da saúde do Burundi seja contínuo, é necessário que o governo dê prioridade de forma sustentada aos cuidados de saúde destinados à população pobre.

Ver Referências, página 112.

O financiamento do atendimento de saúde de qualidade constitui um desafio global. Dos 68 países prioritários na planilha de ações a serem realizadas até 2015, quase um terço realiza gastos inferiores ao limite anual mínimo da iniciativa Contagem Regressiva, estabelecido em US\$45 por pessoa.

Envolvendo homens e outros membros da família

A meta de maior unidade exige a inclusão não apenas de maior número de mulheres, mas também dos homens. Estudos sugerem que os homens percebem uma infinidade de complicações que podem resultar em morte materna, mas mesmo assim nem sempre reconhecem seu próprio papel na prevenção dessas mortes. São necessárias pesquisas mais extensas sobre o papel do homem na sobrevivência e na saúde da mãe e da criança, uma vez que os estudos disponíveis atualmente focalizam o aspecto de provimento econômico, deixando em segundo plano a prevenção de doenças, os cuidados, a nutrição e outros fatores determinantes da saúde.²²

Assim como o pai e a mãe, outros membros da família também podem ser mobilizados. Em muitas sociedades nas quais os membros da família ampliada

vivem na mesma vizinhança, parentes por afinidade e parentes mais velhos têm influência sobre as tomadas de decisão referentes aos cuidados com a saúde. Em Mali, por exemplo, o envolvimento das avós na educação nas comunidades levou ao aumento da consciência com relação à boa nutrição de mães e bebês e aos efeitos prejudiciais do trabalho pesado para as mães. Da mesma forma, resultou em maior envolvimento dos pais nos cuidados com suas parceiras e seus filhos recém-nascidos. O programa também melhorou as relações entre as mulheres e suas sogras, reduzindo sentimentos de vergonha e desconfiança que geravam o distanciamento entre elas.²³

Quarta etapa: Garantindo financiamento equitativo e sustentável

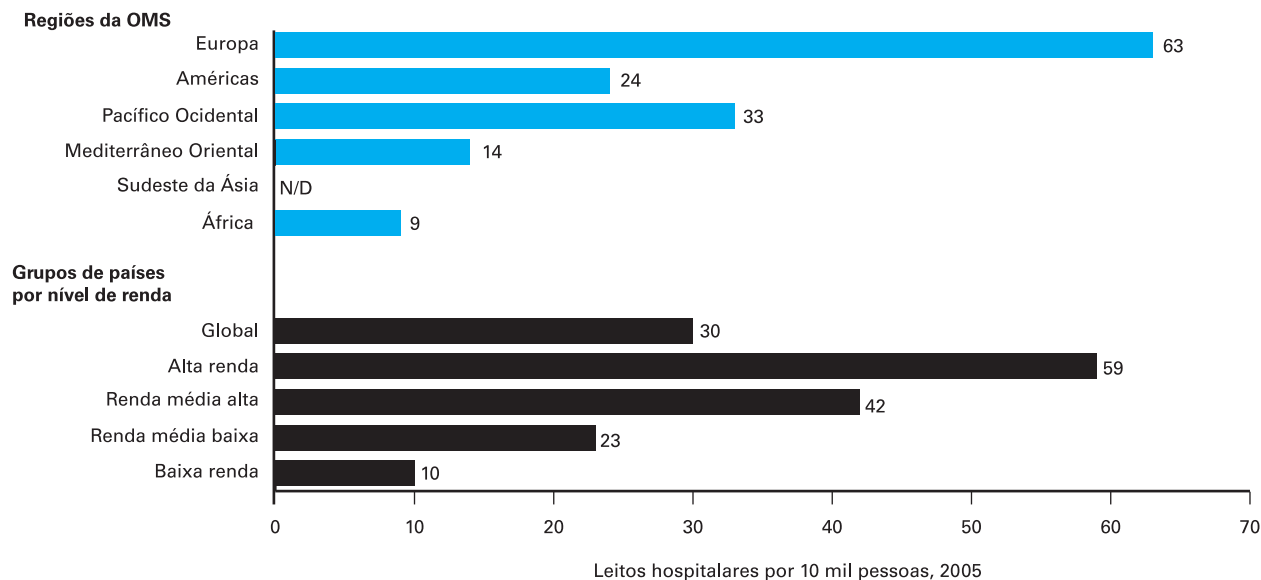
O financiamento do atendimento de saúde de qualidade constitui um desafio global, que se coloca tanto para países industrializados como para países em

desenvolvimento. Embora não haja valores de referência estabelecidos internacionalmente para gastos totais *per capita*, a iniciativa Contagem Regressiva para 2015 estimou que valores inferiores a US\$45 *per capita* seriam insuficientes para garantir serviços básicos de saúde de qualidade. Entre os 68 países prioritários com relação ao atendimento de saúde para mães, recém-nascidos e crianças identificados pela iniciativa Contagem Regressiva para 2015, 21 gastam menos de US\$45 *per capita*.²⁴

Os gastos públicos com saúde podem ser um fator fundamental na determinação da capacidade dos sistemas de saúde. Países com baixas taxas de gastos *per capita* podem estar associados a condições de saúde precárias, deficiência na formação de equipes e investimentos insuficientes em infra-estrutura e logística na prestação de serviços de saúde.²⁵ Dados da Organização Pan-americana da Saúde demonstraram que, em 2004, a média

Figura 4.8

Países de baixa renda têm apenas 10 leitos hospitalares por 10 mil pessoas



Fonte: Organização Mundial da Saúde. *World Health Statistics*. Genebra, WHO, 2008, p. 82-83.

Integrando cuidados de saúde materna e neonatal na Índia

O progresso da Índia é essencial para melhorar a saúde materna e neonatal em escala regional e global. De acordo com as estimativas internacionais mais recentes, em 2005 a taxa de mortalidade materna da Índia chegou a 450 por 100 mil nascidos vivos. Em 2004, a taxa de mortalidade neonatal era de 39 por mil nascidos vivos. Esses valores representam reduções nas taxas dos anos anteriores. No entanto, embora sua economia venha crescendo rapidamente – com Produto Interno Bruto real crescendo a uma taxa média anual acima de 9% no período entre 2007 e 2008 –, na área da saúde os resultados mostram a prevalência de amplas disparidades entre grupos de renda e entre grupos sociais e de castas. As crescentes desigualdades, associadas à escassez no provimento de cuidados primários de saúde e ao custo crescente do atendimento, vêm complicando os esforços do país para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde.

Com população total de aproximadamente 1,1 bilhão de habitantes, ampla diversidade ambiental e sociocultural, e um sistema político complexo, que compreende 28 estados e sete territórios, os esforços da Índia para administrar os cuidados de saúde oferecidos a seus cidadãos são amplamente descentralizados. O governo da Índia enfatizou a ampliação dos cuidados primários de saúde que, pela Constituição, estão sob jurisdição estadual. Em 2000, deu início a um esforço maior para fornecer atendimento a mulheres e crianças nas áreas rurais e nos estados com baixo desempenho – tais como Bihar, Orissa e Rajasthan. Também estimulou o atendimento pelo setor privado, acessível a poucos, enquanto os gastos com saúde pública caíram para apenas 2% do Produto Interno Bruto.

Para enfrentar disparidades cada vez maiores, o governo da Índia assumiu um compromisso com o “crescimento inclusivo”. Uma das iniciativas nesse sentido é o projeto Janani Suraksha Yojana, patrocinado pelo governo sob a Missão Nacional de Saúde Rural, que fornece incentivos financeiros para atendimento pré-natal, partos institucionais assistidos e atendimento pós-natal realizado por agentes de campo. Os benefícios são oferecidos em dez estados, e cobrem até duas gestações de todas as gestantes a partir de 19 anos de idade que vivem abaixo da linha da pobreza. As mulheres que não estão inscritas no programa, mas que apresentam complicações, como trabalho de parto obstruído, eclâmpsia e sépsis, também são elegíveis. O programa inclui ainda um mecanismo para credenciamento e compensação de médicos particulares participantes.

De acordo com um estudo de acompanhamento realizado entre 2007 e 2008 em distritos selecionados de Rajasthan, o programa Janani Suraksha Yojana registrou aumento no atendimento pré e pós-natal. A análise revelou também que 76 dos 200 participantes do estudo – ou cerca de 40% – eram meninas com menos de 18 anos, idade oficial para o casamento na Índia. O programa vem ampliando com

sucesso o acesso a cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, permite que o governo acompanhe mais de perto a situação de meninas e mulheres.

Alguns estados também tiveram a iniciativa de criar parcerias de saúde com o setor privado. No estado de Gujarat, uma das províncias mais desenvolvidas da Índia, a escassez de profissionais especializados na área da saúde motivou o governo estadual a aliar-se com hospitais privados para fornecer cuidados obstétricos gratuitos para gestantes que vivem abaixo da linha da pobreza, principalmente aquelas provenientes de castas e tribos preservadas. A iniciativa Chiranjeevi Yojana – que significa “um programa para vida longa” – foi lançada em 2005 e funciona por meio de um acordo de entendimento entre o governo de Gujarat e obstetras particulares. Para cada parto, o governo paga Rs1.795 (US\$40), e inclui também Rs200 para despesas de transporte para cada paciente e Rs50 para o acompanhante do beneficiário, como compensação pela perda de rendimentos.

Um estudo realizado em 2006 pelo Fundo de População das Nações Unidas sobre a Chiranjeevi Yojana relatou que o programa aumentou o número de partos realizados em centros de saúde e que, em sua maioria, os médicos particulares estavam entusiasmados com sua participação na iniciativa. O estudo observou também a relutância das pacientes em utilizar centros de atendimento para partos, e que seus esposos e parentes exerciam grande influência na tomada de decisão, o que limitou a iniciativa dessas mulheres de buscar serviços de saúde. O estudo fez diversas recomendações, inclusive a criação de um organismo independente para garantir o controle da qualidade e a implementação equitativa.

A iniciativa do governo de Gujarat partiu de práticas anteriores, uma vez que tomou sob sua única responsabilidade o reembolso dos provedores privados de cuidados de saúde, e não contou com intermediários, como companhias seguradoras. O governo estadual vem trabalhando com agências de profissionais, tais como associações de obstetras e organizações acadêmicas, para planejar e implementar as novas estruturas.

Registrando um sucesso marcante, o programa foi ampliado para os 25 distritos de Gujarat. Entre janeiro de 2006 e março de 2008, foram recrutados 180 médicos. Aproximadamente 100 mil partos foram realizados, sendo que, em média, cada médico realizou 540. Embora seja uma experiência promissora, avaliações e acompanhamento contínuos são necessários para garantir que os progressos sejam realizados e que o impacto desejado seja alcançado.

Ver Referências, página 112.



Para que o atendimento materno e neonatal seja fortalecido e integrado, é preciso que haja um compromisso nacional e internacional e parcerias globais na área da saúde. *Em Serra Leoa, mulher segura seu bebê e um copo com suplementação alimentar.*

de gastos com saúde pública foi de apenas 2,6% do Produto Interno Bruto nos países de baixa e média renda como um todo, contrastando fortemente com os 7% do PIB gastos por países de alta renda. A Ásia Meridional registrou uma das taxas mais baixas – apenas 1,1% do PIB. Embora a África ao sul do Saara gaste um pouco mais do que essa proporção de seu PIB com atendimento da saúde (em 2004, 2,4%), apenas alguns países dessa região vêm cumprindo o compromisso assumido na Declaração de Abuja, de 2001, de alocar 15% de seu orçamento nacional para gastos com atendimento da saúde.²⁶

Em meio a países e doadores, existe o reconhecimento crescente da importância central da prestação do atendimento à saúde materna e neonatal para o desenvolvimento social e econômico equitativo. Mesmo em áreas de baixos níveis de recursos, muitos governos vêm explorando diferentes estratégias para ajudar as famílias a administrar os custos do atendimento de rotina e de casos de emergências obstétricas e neonatais.

São diversas as opções, entre elas a redução ou a eliminação de encargos diretos para o usuário; implementação de iniciativas de proteção social, tais como transferências monetárias e vales, vinculadas ou não a condições estabelecidas; e introdução de seguro de saúde no nível nacional ou da comunidade, ou ainda subsídio ao provimento privado de atendimento de saúde para famílias pobres.²⁷

Encargos diretos para o usuário

Uma área fundamental do debate sobre o financiamento da saúde são os encargos diretos para o usuário, que constituem um obstáculo importante ao acesso a serviços de saúde, especialmente para pessoas pobres. A remoção das taxas impostas ao usuário tem o potencial de melhorar o acesso aos serviços de saúde, principalmente para os pobres. Diversos países no mundo em desenvolvimento já aboliram alguns dos encargos diretos ou estão em processo de eliminá-los – o que, com frequência, vem resultando em aumentos animadores no acesso aos serviços de saúde. Entre esses países estão Burundi, no Leste da África (*ver*

Destaque, página 83) e Gana, na África Ocidental. O mesmo ocorre também em determinados distritos do Nepal.²⁸

Ainda não foi feita nenhuma avaliação sistemática da remoção das taxas impostas ao usuário através dos países em desenvolvimento. Indícios preliminares sugerem que, nos países nos quais a eliminação das taxas não contou com o apoio de outras medidas baseadas em políticas – como aumento dos orçamentos nacionais para a área do atendimento à saúde ou planejamento cuidadoso e estratégias específicas para a implementação –, verificou-se uma tendência de agravamento dos problemas enfrentados pelos sistemas de saúde, ao lado de queda de desempenho. No entanto, nos países em que a remoção das taxas foi planejada e administrada de maneira cuidadosa, há indícios de aumento na utilização dos serviços e de que os maiores ganhos talvez tenham beneficiado os pobres, embora não tenha sido reduzida a incidência de gastos catastróficos para essa faixa da população.²⁹

Entre as opções para melhorar a equidade no atendimento à saúde materna e neonatal estão o aumento dos orçamentos, a eliminação dos encargos diretos que pesam sobre o usuário, a implementação de iniciativas de seguro e programas de transferência monetária.

As experiências de Uganda e da África Meridional sugerem que, para que a eliminação das taxas seja eficaz, é preciso que faça parte de um pacote de reformas mais amplo, que inclua aumento dos orçamentos, para compensar a perda de receita, manter a qualidade e atender ao aumento da demanda. Essa medida requer também comunicação clara e ampla adesão dos interessados na área da saúde, acompanhamento cuidadoso, para garantir que as taxas oficiais não venham a ser substituídas por taxas informais, e gerenciamento adequado dos mecanismos alternativos de financiamento que substituem as taxas do usuário.³⁰

É importante enfatizar que as taxas do usuário não constituem o único obstáculo enfrentado pelos pobres. Outras barreiras incluem taxas informais; o custo de medicamentos, exames laboratoriais e radiológicos não realizados nos centros de saúde públicos; deslocamento, alimentação e acomodação; e encargos em centros de saúde privados. De maneira geral, esses custos representam uma proporção importante dos custos totais que as famílias enfrentam e que afetam os pobres de maneira desproporcional.³¹

Além disso, diversos obstáculos relacionados a qualidade, a informação e a aspectos culturais também devem ser superados para que os pobres tenham acesso a serviços de saúde adequados. As evidências sugerem que os pobres são desproporcionalmente afetados por esses obstáculos, cuja natureza não está ligada a custos.

Embora as taxas de usuário sejam apenas um dos obstáculos impostos aos pobres, constituem uma das áreas sobre as quais a ação de políticas públicas pode produzir efeitos mais facilmente. Como mostrou a experiência recente de

Uganda, o processo de política de eliminação de taxas pode ter um efeito catalisador para que o governo resolva outras questões, tais como a aquisição e o suprimento de medicamentos, a alocação do orçamento ou a gestão financeira, que impõem outras restrições aos progressos nessa área.³²

É evidente que a eliminação das taxas do usuário não é tarefa simples. Os países que avançam nessa direção precisam de apoio para o planejamento e a implementação desse tipo de política, e devem associar a remoção de encargos diretos cobrados do usuário a medidas mais amplas para fortalecer os sistemas de saúde.

É importante observar que o contexto para a eliminação de taxas do usuário é crítico, e que não há uma política única que atenda às necessidades de qualquer país. Para orientar as decisões quanto aos procedimentos mais adequados, será necessário analisar cuidadosamente a situação específica de cada país, as implicações quanto à equidade das alternativas de financiamento e às estratégias de implementação, assim como as diferentes barreiras ao acesso, de ordem financeira ou não.

Seguro e transferências monetárias

Esquemas de seguro nacional de saúde, como o da Bolívia, que cobre o atendimento de saúde materna e infantil, podem melhorar o acesso das mulheres mais pobres a cuidados no período pré-natal e no momento do parto.³³ No entanto, é difícil difundir essa forma de financiamento em países nos quais a oferta de emprego no setor formal é limitada, cuja população tem baixa renda, onde as famílias são dispersas e que dispõem apenas de uma infra-estrutura mínima.

Esquemas de seguro de saúde comunitário, que operam de maneira mais informal e em menor escala do que esquemas de seguro social, geraram um aumento de 45% nas taxas de parto institucional em Ruanda, e de 12% em Gâmbia.³⁴ Em um distrito urbano de Burquina Fasso, um esquema de compartilhamento de custos aumentou o número de encaminhamentos para centros de referência de 84 para 683 em um ano.³⁵ No entanto, pode ser difícil expandir esses esquemas para conseguir maior cobertura, e eles precisam do apoio do governo ou de doadores, uma vez que não são auto-financiados e dependem da mobilização efetiva da comunidade.

Esquemas de vales e de transferências monetárias condicionadas vêm sendo realizados para gerar demanda por serviços específicos em meio às populações pobres. No México e em Honduras, transferências monetárias aumentaram o atendimento pré-natal de mulheres mais pobres durante o primeiro trimestre da gravidez (8% e de 15% a 20%, respectivamente).³⁶ A Índia forneceu incentivos financeiros para a realização de partos em centros de saúde, em distritos prioritários, para mulheres de grupos marginalizados. Embora essas iniciativas tenham ampliado o acesso aos serviços de saúde, melhorias reais nas condições da saúde materna somente ocorrerão se acompanhadas pelo aprimoramento da qualidade dos serviços. É preciso que haja acompanhamento e avaliação contínuos desses novos tipos de financiamento para orientar os formuladores de políticas na elaboração e na adequação de novos programas.

Provedores do setor privado

O setor privado tornou-se um importante provedor de serviços de saúde, especialmente na Ásia, mas a base de evidências para avaliar sua eficácia ainda

Estratégias de financiamento e desenvolvimento devem levar em consideração o contexto nacional e local, além de focalizar os obstáculos indiretos ao acesso, tais como custos de transporte e infra-estrutura.

é limitada, uma vez que a maioria das avaliações mede mudanças de curto prazo no comportamento do provedor, e não os resultados para as condições de saúde ou os impactos para os beneficiários. O setor privado é heterogêneo por natureza e envolve diversos provedores, inclusive curandeiros e atendentes de parto tradicionais, hospitais ligados a igrejas, *spas* e entidades empresariais globais, que podem operar sem qualquer regulamentação e supervisão. Em muitos países de baixa renda, os provedores privados trabalham em ambientes em que os controles formais de regulamentação são frágeis – seja na forma de associações profissionais, seja na aplicação das leis ou na tributação pelo governo.³⁷

É urgentemente necessário que seja dedicada atenção aos novos sistemas de saúde que misturam atendimento público e privado, uma vez que perfis de financiamento não equitativos e a natureza não regulamentada do setor privado podem afetar o compromisso do governo com relação aos serviços de saúde, a confiança do público e as disparidades socioeconômicas. Constatações de estudos sobre serviços privados realizados na Índia, na Indonésia e no México mostram as dificuldades para a avaliação da qualidade do atendimento nos setores público e privado, e a importância de levar em consideração o contexto nacional antes de tirar conclusões definitivas sobre qualquer um desses setores.³⁸ Os governos enfrentam o desafio de aprimorar a regulamentação para os provedores privados de serviços de saúde, utilizando diretrizes internacionais para desenvolver políticas nacionais que estabeleçam padrões mínimos para esses serviços e para o atendimento pré-natal, para o gerenciamento de casos de HIV e aids, taxas aceitáveis de partos por cesariana e outras questões críticas no atendimento à saúde materna e neonatal.

Quinta etapa: Fortalecendo a infra-estrutura, o transporte, a logística, o suprimento e o processo de encaminhamento

O fortalecimento dos sistemas de saúde para o atendimento materno e neonatal demanda investimento em setores que apóiam os serviços básicos de maternidade e de cuidados básicos de saúde. Além do aprimoramento dos sistemas de informação, são condições imperativas a expansão dos recursos humanos, a promoção da mobilização social e o estabelecimento de financiamento equitativo, assim como o desenvolvimento da infra-estrutura, dos processos de suprimento, de logística, de transporte e de encaminhamento para centros de referência. É urgentemente necessário maior investimento na expansão das instalações dedicadas ao atendimento da saúde, especialmente em países de baixa renda. As estimativas mais recentes da OMS indicam que, nos países de baixa renda, existem apenas dez leitos hospitalares para cada 10 mil pessoas, em comparação com uma proporção quase seis vezes maior nos países de mais alta renda.³⁹

Nos locais onde há instalações de saúde, os governos e outras agências responsáveis pela supervisão devem garantir que os centros de saúde operem e sejam mantidos adequadamente. Em Uganda, onde foram registradas quedas nas taxas de mortalidade materna, uma inspeção nas instalações de atendimento obstétrico de emergência revelou que, em 54 dos 56 distritos distribuídos pelo país, mais de 97% das instalações que deveriam prestar serviços de atendimento de emergência básico não apresentavam condições para esse atendimento. Entre as principais deficiências estavam falta de água corrente, de eletricidade e de salas de cirurgia em funcionamento.⁴⁰

É preciso que outras inspeções sejam realizadas com urgência, para garantir que as instalações existentes sejam recuperadas e que novas instalações sejam executadas de maneira sustentável. O financiamento de suprimentos médicos, incluindo medicamentos essenciais, é igualmente prioritário. A lista de medicamentos essenciais para a saúde reprodutiva, elaborada pelo grupo interagências da ONU, é um guia útil para o provimento de um número mínimo de medicamentos eficazes e econômicos que devem estar disponíveis.⁴¹

Os planos para o desenvolvimento de infra-estrutura devem levar em consideração os melhores meios para aprimorar os sistemas de transporte, para facilitar o acesso de mulheres e crianças ao atendimento de emergência em centros de saúde, e para viabilizar o trabalho de equipes móveis de saúde. Programas realizados na Índia (*ver Destaque, página 85*) e na área rural do Nepal apresentam exemplos de como oferecer incentivos para o financiamento do transporte de mulheres grávidas.⁴²

A melhoria da infra-estrutura de transporte também contribuirá para o fortalecimento do processo de encaminhamento para centros de referência, que ainda é um elemento negligenciado e insuficientemente pesquisado em meio aos serviços de atendimento materno e neonatal de emergência, e dos sistemas de saúde em geral – embora seja com frequência um aspecto crucial para a sobrevivência da mãe e do recém-nascido.

A redução do tempo entre o encaminhamento e a chegada da mãe ao hospital de referência é frequentemente uma condição crítica para sua sobrevivência. Em um estudo realizado em áreas rurais na região

É preciso melhorar a qualidade do atendimento, não só para garantir segurança e bem-estar, mas também para estimular maior utilização dos serviços de saúde.

oeste de Maharashtra, na Índia, a distância até instalações de atendimento geral de saúde era de 3 km para mulheres que morreram devido a complicações, e de 2,5 km para mulheres que sobreviveram a complicações semelhantes. No entanto, a distância até centros de saúde para o tratamento adequado de complicações no momento do parto era de 63,5 km para mulheres que morreram, e de 39,3 km para mulheres que sobreviveram. Um estudo realizado em Karnataka, na Índia, mostrou que o encaminhamento de mulheres para atendimento obstétrico de emergência era resultado de muitas tentativas de conseguir cuidados eficazes em diversos centros de saúde públicos que prestavam atendimento precário e em provedores informais e privados – tentativas ocasionais e freqüentemente inúteis. Embora redes informais envolvam provedores privados, os serviços governamentais não dispõem de mecanismos de *feedback* ou de aprendizagem para o encaminhamento a hospitais de referência.⁴³

Para que sejam mais produtivos e eficazes, os sistemas de referência devem garantir, no mínimo: comunicação entre os centros de atendimento, para a preparação para a recepção de casos urgentes; transporte e estabilização clínica do paciente; acompanhamento durante a transferência; acompanhamento de cada caso; e capacidade para deslocar atendimento para o local onde está o paciente, caso sua remoção envolva riscos elevados. De maneira mais geral, os sistemas de referência devem avaliar as necessidades da população e a capacidade dos sistemas de saúde; estimular a colaboração ativa entre os níveis de referência e através dos setores; formalizar providências de comunicação e transporte;

desenvolver protocolos para encaminhamento e recepção; garantir a responsabilização pelo desempenho do provedor e pela supervisão de apoio; garantir proteção com relação a custos financeiros; e desenvolver indicadores para o acompanhamento da eficácia.

Sexta etapa: Melhorando a qualidade dos cuidados

As definições de atendimento materno e neonatal de qualidade foram ampliadas, partindo de um conceito exclusivo de resultados biomédicos para uma abordagem mais inclusiva, que também leva em consideração os direitos e a satisfação do paciente, padrões, equidade, assim como as responsabilidades e os direitos das instituições e dos agentes de saúde. Um atendimento de boa qualidade fornece um nível mínimo de cuidados a todas as mulheres durante a gravidez e no momento do parto, e aos bebês recém-nascidos, além de ter condições para prestar serviços de emergência ou mais especializados a todos que deles necessitem. Esse atendimento deve buscar os melhores resultados médicos possíveis; deve garantir a satisfação dos provedores, dos pacientes e das famílias; deve manter bom desempenho administrativo e financeiro; e deve desenvolver os serviços existentes, de para elevar o padrão dos cuidados oferecidos a todas as mulheres.⁴⁴

Enquanto os sistemas de saúde existentes nos países industrializados e de renda média talvez precisem ser aprimorados para fornecer serviços de maternidade e de atendimento neonatal mais acessíveis e de melhor qualidade, os sistemas de saúde em implementação podem introduzir mecanismos de atendimento de boa qualidade em programas novos. Na Costa do

Marfim, por exemplo, foi lançado, em 2000, um programa nacional para integrar a prevenção de transmissão de HIV da mãe para a criança aos serviços de saúde materna já existentes. Um estudo recente mostrou que, de maneira geral, o programa melhorou a qualidade dos cuidados em muitas áreas, inclusive com relação à administração de oxitocina na terceira etapa do trabalho de parto e o exame de útero no pós-parto.⁴⁵ Esses programas oferecem novas oportunidades de capacitação para as equipes e maior investimento em suas próprias responsabilidades, assim como oportunidades essenciais para a preservação da vida das pacientes.

Em países tão diversos como Mali, Peru e Vietnã, várias organizações salientaram a necessidade da prestação de cuidados obstétricos de emergência, empenhando-se em melhorar a qualidade das medidas de atendimento. A partir da implantação do atendimento obstétrico de emergência, essas medidas melhoraram e simplificaram os mecanismos de relatório e acompanhamento, desenvolveram protocolos e padrões em moldes inclusivos e participativos, e promoveram aumento de competência por meio de capacitação por especialidades e supervisão de apoio contínua. O aprimoramento das equipes foi viabilizado graças a melhores recursos de comunicação dos sistemas de referência. As preocupações e os direitos das mulheres foram considerados, foram estabelecidas parcerias com a comunidade, e foi conferido maior poder aos provedores para que aplicassem inovações que contribuíssem para a solução dos problemas.⁴⁶

Para que tais medidas tenham sucesso, precisam contar com apoio administrativo de nível sênior, e devem

A criação de um ambiente de apoio e forte vontade política são condições cruciais para o sucesso do fortalecimento dos sistemas de saúde

ser apropriadas pelos provedores. Avaliações realizadas pelo Health Workers for Change constataram que, embora tenham sido realizadas mudanças no nível local, elas não contaram necessariamente com o apoio concomitante de políticas produzidas em nível mais alto.⁴⁷ Problemas que demandam níveis mais elevados de responsabilização administrativa ou alterações nas políticas – licença e transferência de equipes, critérios de financiamento para equipes, formatos de relatórios, disponibilidade de insumos críticos, como sangue – podem limitar o efeito da qualidade local de processos de atendimento sobre as condições da saúde materna. Agentes de saúde efetivamente não podem promover mudanças nem ser responsabilizados pela ausência de mudanças se seu ambiente de trabalho não conta com o apoio de administradores da saúde e dos líderes eleitos que conduzem suas atividades.

Desenvolvendo sistemas de saúde: A necessidade de ações colaborativas

Os elementos essenciais para o desenvolvimento dos sistemas de saúde – fortalecimento da base de evidências, expansão e melhoria da força de trabalho na área da saúde, desenvolvimento e ampliação da infraestrutura e da logística, provimento de soluções de financiamento equitativas, e estímulo à demanda por atendimento de qualidade por meio da mobilização social – vêm sendo aceitos progressivamente por governos nacionais e locais e por agências internacionais.

Além disso, existe um consenso crescente com relação aos benefícios de aumentar o número de pacotes integrados de serviços essenciais e de alavancar as parcerias comunitárias para o provimento de atendimento para a mãe e o recém-nascido. Por fim, como afirmam os relatórios de 2008 e de 2009, existe também um

compromisso de criar um ambiente de apoio à sobrevivência e à saúde materna, neonatal e infantil, que respeite e promova os direitos da mulher e da criança.

Traduzir a promessa em ações objetivas demandará mais do que palavras contundentes ou compromissos firmes. Resultados concretos exigem a ação coordenada de governos nacionais, da comunidade internacional que atua em favor do desenvolvimento, das organizações da sociedade civil, do setor privado, das próprias famílias e de suas comunidades, que deverão assumir a responsabilidade de melhorar as condições de saúde das mães e dos recém-nascidos, como um barômetro que aferirá o respeito nacional e internacional pelos direitos humanos e o compromisso com relação aos progressos humanos. O Capítulo 5 analisa algumas das parcerias que vêm realizando progressos, e sugere formas que permitirão que essas ações colaborativas avancem ao longo dos próximos anos.

5 Trabalhando em conjunto em favor da saúde materna e neonatal



Colaboração, compromisso e criatividade são requisitos fundamentais para melhorar a saúde materna e neonatal. Esforços internacionais e nacionais vêm-se tornando cada vez mais cooperativos no enfrentamento dos desafios dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e de outros objetivos estabelecidos internacionalmente. É chegada a hora de aplicar determinação, evidências, inovações e recursos que possibilitem mudanças e ganhos sustentados em relação a muitos aspectos, que vão da sobrevivência infantil à saúde materna e neonatal. O capítulo final do relatório Situação Mundial da Infância 2009 analisa parcerias e programas colaborativos que vêm lutando para criar ambientes de apoio, estabelecer um continuum de cuidados de saúde, e fortalecer sistemas de saúde visando melhorar a saúde materna e neonatal. O capítulo explora também as formas de fortalecer a colaboração, melhorar a eficácia da ajuda e aplicar recursos e comprometimento para alcançar resultados concretos.

Metade do prazo para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde já passou. O relatório sobre os progressos conseguidos até o momento combina ações distintas. Muito já foi feito nos últimos anos para acelerar os avanços em relação à saúde materna, neonatal e infantil, coordenar ações e ampliar intervenções essenciais. Muitos países em desenvolvimento obtiveram ganhos concretos, principalmente em relação à redução do número de mortes de crianças entre 29 dias de vida e 5 anos de idade (período pós-neonatal). A ajuda internacional para a saúde materna, neonatal e infantil aumentou, estimulando maiores fluxos de recursos, fortalecendo parcerias e consolidando marcos de ação.

O desafio é avançar a partir dessa base de ganhos pelo prazo que ainda resta até 2015 e além dessa data. As necessidades da África e da Ásia – os dois continentes com a maior carga de mortes de recém-nascidos – devem receber atenção especial. Nas regiões em desenvolvimento, incluindo aquelas que caminham firmemente em direção à realização de todos ou de alguns dos ODM relativos à saúde, há países,

comunidades e grupos socioeconômicos que estão atrasados em seus esforços para a realização dos objetivos e demandam empenho adicional em apoio à saúde materna e neonatal.

A necessidade de ações colaborativas é uma questão de extrema importância. Para enfrentar o desafio de melhorar a saúde materna e neonatal, serão necessários esforços criativos, consistentes e combinados no nível macro, voltados à criação de ambientes de apoio para mulheres e meninas, ao estabelecimento de um *continuum* de cuidados, e ao fortalecimento de sistemas de saúde.

Este relatório reiterou uma verdade amplamente conhecida: não há nenhum mistério sobre a mortalidade materna e neonatal. Os motivos que levam mulheres e bebês a morrer de causas relacionadas à gestação e ao parto – e pelo quais milhões de crianças morrem durante os primeiros 28 dias de vida – são bem compreendidos. Enfrentá-los demanda dados de qualidade e análise, estratégias consistentes, recursos adequados, comprometimento político e parcerias colaborativas. Como destacado nos capítulos anteriores, a fragilidade dos sistemas de saúde em cada país exige

ações nacionais específicas, e o conjunto de ações corretivas depende de perfis nacionais, opções políticas, funções de custo específico e a criação de um ambiente de apoio para a saúde materna e neonatal baseado no respeito aos direitos das mulheres e crianças.

Com esse objetivo, o último capítulo do relatório *Situação Mundial da Infância 2009* enfoca avanços recentes nas parcerias globais em saúde, e explora sucintamente três áreas fundamentais: colaboração; eficácia da ajuda; recursos e compromissos para resultados.

Fortalecendo a colaboração

Os últimos anos presenciaram uma expansão no número de parcerias globais em saúde, estimulada, em parte, pela ênfase na colaboração prevista no ODM 8 – que busca desenvolver uma parceria global em favor do desenvolvimento – e o Consenso de Monterrey sobre Financiamento para o Desenvolvimento. Essas iniciativas vêm causando um efeito crucial em diversas áreas, principalmente em pesquisa, avaliação e prevenção e tratamento de doenças transmissíveis, tais como aids, tuberculose, sarampo e malária.

Um exemplo está relacionado ao sarampo: em 2007, a África conseguiu relatar uma queda de 91% nas mortes causadas por sarampo entre 2000 e 2006. Esse sucesso sem precedentes resultou de um esforço combinado entre governos nacionais e parceiros internacionais para impulsionar a imunização contra o sarampo.¹

A prevenção da malária também vem sendo atendida por meio da distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida, cada vez mais disponíveis gratuitamente por meio de campanhas de massa. Ao mesmo tempo, o esforço para combater o HIV e a aids vem realizando progressos em muitas frentes. Em 2007, em países de baixa renda e de renda média, 33% de aproximadamente 1,5 milhão de gestantes HIV positivo receberam terapia anti-retroviral como prevenção

da transmissão de HIV para seus filhos, em comparação com 15%, em 2005. Além disso, o número de crianças que recebem terapia anti-retroviral quase triplicou, passando de 75 mil, em 2005, para 200 mil, em 2007.²

Esses são apenas três exemplos de como a ação coordenada entre governos nacionais e parceiros internacionais vem resultando em melhorias concretas para a vida de mães, recém-nascidos e crianças.

Nos últimos anos, a saúde materna e neonatal vem chamando atenção específica de parcerias e iniciativas globais em saúde, o que levou a diversas colaborações que complementam o trabalho de parcerias duradouras no esforço para acelerar os progressos em direção ao ODM 5.

No entanto, o aumento do número de parcerias globais em saúde em favor de mães, recém-nascidos e crianças também enfrenta desafios. Dependendo da definição utilizada, há mais de 100 parcerias globais em saúde, e os países em desenvolvimento algumas vezes relatam dificuldades para interagir com o grande número de iniciativas.³ Além disso, embora haja um consenso em torno da necessidade de criar um *continuum* eficaz de cuidados para mães, recém-nascidos e crianças, o desafio ainda é complementar o fluxo vertical da ajuda para intervenções por doença específica com fortalecimento de abordagens integradas, em associação com o desenvolvimento de sistemas de saúde.

Integrar o trabalho de parcerias globais em saúde à criação de um *continuum* nacional de cuidados é um desafio importante para os próximos anos. Diversos doadores bilaterais já deram passos em direção à harmonização de sua colaboração, e estão melhorando a eficácia de sua contribuição por meio de parcerias. Entre essas parcerias encontram-se a Campanha Global para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à Saúde, liderada pelo governo da Noruega; o Provimento para Iniciativas na área da Saúde, liderado pela Alemanha e pela França; a Iniciativa Catalítica para Salvar um Milhão de Vidas, liderada pelo Canadá; e a Aliança Gavi para o Fortalecimento de Sistemas de Saúde.

Por outro lado, o trabalho das oito principais agências internacionais de saúde – Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Banco Mundial, Aliança Gavi, Fundo de População das Nações Unidas, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaid), Fundo Global de Combate a Aids, Tuberculose e Malária, e a Fundação Bill e Melinda Gates – vem



© UNICEF/H007-1314/Anita Khemka

Atendimento abrangente de saúde reprodutiva; atendimento especializado durante a gestação; parto realizado por parteira, enfermeiro ou médico capacitados; e atendimento obstétrico de emergência para complicações que põem em risco a vida das pacientes devem estar disponíveis para gestantes e recém-nascidos. *No Paquistão, médico conduz sessão de capacitação para estudantes de enfermagem como parte da Iniciativa Direito da Mulher à Vida e à Saúde.*

Grande parte do meu trabalho ao longo dos últimos anos enfocou programas preventivos para melhorar a saúde de bebês nascidos prematuramente ou para acompanhar gestações difíceis. Com o passar do tempo, pelo fato de trabalhar em conjunto, a comunidade médica no mundo desenvolvido vem melhorando as intervenções para garantir que um recém-nascido que chega em circunstâncias difíceis receba os cuidados necessários nesse primeiro estágio crucial, para que o supere e tenha qualidade de vida.

Entretanto, a situação da sobrevivência infantil no mundo em desenvolvimento contrasta acentuadamente com a situação nos países industrializados, como o Reino Unido. Como representante do conselho consultivo do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, venho analisando diretamente na fonte os programas de capacitação que o RCOG conduz em diversos países na África e na Ásia. O que essa experiência prática trouxe para mim é a percepção de que você não pode começar salvando os bebês e crianças mais vulneráveis sem antes garantir a saúde de suas mães.

A razão é simples: é a mãe quem cria os filhos, quem os alimenta, quem os coloca na escola e quem os leva para serem vacinados. Em contraste, as crianças que perderam suas mães têm probabilidade cinco vezes maior de morrer durante o primeiro ano de vida em comparação com aquelas cujas mães ainda estão vivas; e recém-nascidos órfãos têm uma probabilidade dez vezes maior de morrer.

A escala desse problema torna-se evidente quando se analisam os números anuais de mortes maternas, que mudaram muito pouco em quase 20 anos. Este ano, em todos os lugares do mundo, mais de meio milhão de mães perderão a vida durante a gestação e o parto, e quase todas essas mortes ocorrerão nos países mais pobres. Além disso, para cada mulher que morre, 20 sobrevivem com lesões e deficiências causadas por complicações ocorridas durante o parto.

É vital que nós – governos, organizações não-governamentais, organizações religiosas, empresas do setor privado e indivíduos compromissados – trabalhem juntos para garantir que em cada país e em cada comunidade, no mundo todo, as mulheres tenham acesso a cuidados primários de saúde essenciais e a agentes de saúde especializados. É esse trabalho conjunto que salvará a vida das mães – e levará melhores chances de vida a recém-nascidos e crianças que, de outra forma, correm sério risco.

Se tivermos sucesso, salvaremos vidas em todos os estágios do ciclo vital. O quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que busca melhorar a saúde materna, é a base de todos os ODM. O acesso a agentes de saúde especializados apóia o *continuum* de cuidados necessários a mães e crianças. Mães dão à luz com segurança quando têm acesso a atendimento pré-natal e a cuidados especializados durante o parto e o período crítico que se segue. Um centro de saúde bem equipado, com pessoal capacitado, também garantirá que bebês recebam as vacinas essenciais e que os medicamentos necessários estejam disponíveis para evitar que morram de malária ou pneumonia.

Devemos fazer mais do que enfocar soluções verticais. Todas as organizações atuantes que trabalham na erradicação da pobreza e das doenças e na melhoria dos cuidados de saúde e da educação devem encontrar oportunidades de integração de serviços. Precisamos maximizar a eficácia de recursos

preciosos e responder às verdadeiras necessidades locais. Temos testemunhado a diferença que serviços de saúde eficazes podem fazer. As evidências são claras.

O Japão reduziu sua taxa de mortalidade materna em dois terços nos dez anos que se seguiram a 1945. E o fez por meio da introdução de agentes de saúde comunitários, que ofereciam atendimento de saúde consistente desde a gestação até o momento em que a criança começava sua vida escolar. As mães foram educadas sobre seus direitos e sobre a importância de cuidados de saúde de boa qualidade, por meio de um manual sobre a mãe e a criança, do qual os japoneses têm justo orgulho. Também importante para essa realização foi a injeção vital de vontade e de *momentum* político, que permanece até hoje. Liderança internacional é essencial para focalizar atenção e canalizar recursos para a saúde materna.

Hoje, quando fazemos a contagem regressiva para 2015 – a data estipulada para a realização dos ODM –, existe esse *momentum* global. Neste exato momento, podemos realizar uma mudança global. Nunca antes essa questão conseguiu tanta visibilidade e apoio por parte de fontes tão diferentes em todos os lugares do mundo. No Encontro de Cúpula do G8, realizado no Japão em 2008, a saúde materna foi inserida na agenda pela primeira vez.

Entretanto, devemos compreender que os governos não conseguem sozinhos reduzir drasticamente a mortalidade materna. Organizações não-governamentais dão prioridade cada vez maior à questão da saúde materna, e vêm trabalhando em conjunto. Fazem alianças com organizações locais, como a White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, cujos membros estiveram envolvidos em campanhas pela realização de progressos em mais de 90 países. Um processo impressionante foi iniciado por parteiras, obstetras e ginecologistas do mundo todo. Suas organizações profissionais, lideradas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e pela Confederação Internacional de Parteiras, estão comprometidas com o trabalho conjunto para ajudar países em desenvolvimento na capacitação de agentes de saúde em relação a atendimento pré-natal, parto e cuidados especializados para bebês.

Todos podemos fazer a nossa parte na redução da mortalidade materna. Indivíduos podem envolver-se em campanhas por mudanças; comunidades podem melhorar os conhecimentos entre homens e mulheres; e organizações não-governamentais, organizações do setor privado e governos podem trabalhar juntos para encontrar soluções práticas.

Cada um de nós deve colocar na mesa suas habilidades e trabalhar em conjunto para melhorar o nível da saúde materna e infantil em todo o mundo.

Devemos trabalhar em conjunto para garantir o acesso a agentes de saúde capacitados em todos os países e em todas as comunidades em que são necessários; e para que cada governo esteja pronto para colocá-los em ação.

Devemos isso a milhões de mães que perderam a vida desnecessariamente ao longo dos últimos 20 anos. Devemos isso a milhares de gestantes no mundo todo que dão à luz todos os dias temendo por sua própria vida.

Devemos isso à próxima geração de crianças nascidas nos países mais pobres do mundo – crianças que precisam de suas mães e merecem estar com elas.

sendo enriquecido por maior diálogo por meio do grupo informal Saúde Oito (H8). O H8, que realizou sua sessão inaugural em julho de 2007, reúne-se duas vezes por ano para analisar os desafios para expandir intervenções básicas de saúde e acelerar progressos em direção aos ODM relativos à saúde.⁴

A Parceria Internacional em Saúde (PIS), lançada em setembro de 2007, é uma parceria coordenada que reúne governos, doadores e agências internacionais para harmonizar seus esforços e apoiar planos nacionais de desenvolvimento na área da saúde. Acordos nacionais e globais constituem mecanismos críticos por meio dos quais a PIS visa apoiar esse processo. Em agosto de 2008, a Etiópia tornou-se o primeiro país cujo governo assinou com parceiros um acordo nacional com a PIS. Moçambique também endossou um acordo nacional em setembro de 2008, e outros países da África e da Ásia vêm-se preparando para assinar acordos nos próximos meses.⁵

Melhorando a eficácia da ajuda internacional

Diversos fóruns de alto nível foram realizados para enfrentar o problema da eficácia da ajuda. Com base na Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda, de 2005, foi criado um conjunto de melhores práticas para parcerias globais em saúde com foco em harmonização de esforços, alinhamento de apoio com estratégias e sistemas nacionais, apropriação nacional, responsabilização mútua e gestão por resultados. O Comitê de Assistência ao Desenvolvimento, da OCDE, também respondeu às necessidades de orientação prática. Em setembro de 2008, um Terceiro Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda

foi realizado em Acra, Gana. A Agenda de Ação de Acra, endossada pelos participantes do Fórum, aprofundou e fortaleceu o compromisso. Destacou a necessidade de acelerar a eficácia da ajuda em três áreas: fortalecer a apropriação por parte dos países, construir parcerias mais eficazes e inclusivas, e enfocar resultados de desenvolvimento – responsabilizando-se publicamente por eles.

Dentro da área de parcerias, a Agenda de Acra recomendou que as parcerias adotassem cinco princípios básicos para melhorar a eficácia da ajuda, que incluem:

- **Reduzir a fragmentação de custos da ajuda**, por meio de melhorias na complementaridade dos esforços de doadores, e promover melhor divisão do trabalho entre parceiros. As discussões sobre aprimoramento das divisões de mão-de-obra pelos países deverão ter início em junho de 2009.
- **Aumentar o valor do dinheiro da ajuda**, por meio de ajuda desvinculada, promovendo mediação local e regional, e respeitar acordos internacionais sobre responsabilidade social corporativa.
- **Trabalhar com todos os atores do desenvolvimento**, por meio de



© UNICEF/ALBA000331/Giacomo Pirozzi

Investimento público de vulto no sistema geral de saúde e ações e comprometimento unificados nos níveis nacional e internacional resultarão em melhores condições de saúde e sobrevivência materna e neonatal. Na Albânia, em um centro de saúde para mães e crianças apoiado pelo UNICEF, enfermeira dá atendimento a recém-nascido.

Parcerias globais fundamentais em favor da saúde materna e neonatal

Nos últimos anos, parcerias globais em saúde surgiram para dar atenção e captar recursos destinados à saúde materna e neonatal. Algumas parcerias fundamentais são destacadas a seguir.

- **A Parceria para Saúde Materna, Neonatal e Infantil** é uma parceria global pela saúde lançada em setembro de 2005, que reúne organizações de saúde materna, neonatal e infantil em uma aliança de cerca de 240 grupos participantes. A Parceria, introduzida e administrada de Genebra pela Organização Mundial da Saúde, advoga maior volume de investimentos e maior compromisso com a preservação da vida de mães e crianças. Em julho de 2008, lançou um Apelo Global solicitando aos líderes do G8 que financiassem serviços básicos de saúde para mulheres, recém-nascidos e crianças, e conclamou organizações e indivíduos a divulgar essas demandas por liderança política e investimento.
- **Campanha Atendimento Imediato para Mulheres + Crianças** é um novo esforço de advocacia coordenado pela Parceria para Saúde Materna, Neonatal e Infantil, para eliminar as mortes maternas e infantis e melhorar a saúde de mulheres e crianças no mundo todo. É uma resposta à preocupação com o atraso do mundo quanto aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relativos à redução de mortes maternas e infantis.
- **A Campanha Global pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à Saúde** foi lançada em 26 de setembro de 2007 por Jens Stoltenberg, primeiro-ministro norueguês, durante a Iniciativa Global Clinton, em Nova Iorque. A Campanha Global é apoiada por diversos governos, entre eles, Reino Unido, Noruega, Canadá, França e Alemanha, assim como por inúmeras organizações globais importantes na área da saúde e da advocacia. Dá importância especial à saúde de mulheres e crianças, “cujas necessidades ainda são as mais negligenciadas”. A Campanha Global reúne inúmeras iniciativas relacionadas, entre as quais:
 - O programa **Parceria Internacional em Saúde**, lançado em Londres por Gordon Brown, primeiro-ministro do Reino Unido, em setembro de 2007, visa ajudar a construção de sistemas nacionais de saúde em alguns dos países mais pobres do mundo.
 - O programa **Iniciativa Catalítica para Salvar um Milhão de Vidas**, lançada por Stephen Harper, primeiro-ministro canadense, em novembro de 2007, visa fortalecer sistemas de saúde por meio da capacitação de agentes de saúde que atuam na linha de frente, e por meio da prestação de serviços de saúde acessíveis em termos financeiros diretamente às comunidades locais.
 - O programa **Financiamento Inovador Baseado em Resultados**, lançado pela Noruega e pelo Banco Mundial, em novembro de 2007, busca os meios que oferecem a melhor relação custo/benefício para obter melhores resultados na área da saúde.
 - O programa **Provimento para Iniciativas na área da Saúde**, lançado pela Alemanha e pela França em 2008, visa fortalecer sistemas de saúde por meio da implementação

de mecanismos adequados de proteção à saúde social, tendo por objetivo alcançar cobertura universal.

- O programa **Mulheres dão à luz** foi lançado em Londres, em outubro de 2007, para comemorar o 20º aniversário dos esforços globais para reduzir as altas taxas de mortalidade materna e neonatal, e a ocorrência de deficiências no mundo em desenvolvimento – e para aplicar os conhecimentos adquiridos em duas décadas de estudos e experiências. A iniciativa visa recompor a saúde materna como um direito humano básico e como estratégia integral para alcançar desenvolvimento justo, reduzir a pobreza e garantir sustentabilidade ambiental. A parceira organizadora é a *Family Care International*.
- O programa **Saving Newborn Lives** é um projeto do Save the Children para melhorar a sobrevivência de recém-nascidos em países com altas taxas de mortalidade. Desde o seu lançamento, em 2000, a iniciativa levou serviços essenciais de saúde a mais de 20 milhões de mães e bebês, em 18 países na Ásia, na África e na América Latina.
- O programa **White Ribbon Alliance for Safe Motherhood** é uma coalizão internacional de indivíduos e organizações criada para promover maternidade e parto seguros para todas as mulheres. Os membros da Aliança atuam em seus próprios países, fazendo dessa questão uma prioridade para seus governos e para outras organizações internacionais.
- O programa **Iniciativa para Avaliação do Programa de Mortalidade Materna (IMMPACT)** é uma iniciativa global de pesquisa cujo objetivo é promover melhores condições de saúde para futuras mães nos países em desenvolvimento. Realizando estudos sobre diferentes estratégias e analisando sua eficácia e o valor monetário que representam, a IMMPACT visa melhorar as medições e as evidências de apoio que ajudarão a avaliar o potencial de cada estratégia.
- O programa **Contagem Regressiva para 2015** foi criado em 2005 por um grupo de cientistas, formuladores de políticas, ativistas e instituições, para acompanhar os progressos em direção ao quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Relatórios sobre cobertura foram divulgados em uma conferência sobre 60 países prioritários para iniciativas em favor da sobrevivência infantil. A segunda conferência, realizada em abril de 2008, ampliou o mandato do programa para incluir a sobrevivência materna e neonatal, e o número de países acompanhados nos relatórios passou a 68.
- **Evitando Incapacitação e Mortes Maternas** é um programa global dirigido pela Escola Mailman de Saúde Pública, Universidade de Colúmbia, Nova Iorque, que contribui para a redução da mortalidade e da morbidade materna por meio de pesquisas, advocacia, análises de políticas e apoio a programas. Nos últimos anos, o programa vem operando em cerca de 50 países do mundo em desenvolvimento.

Ver Referências, página 112.

Maior comprometimento político e institucional com relação à saúde materna e neonatal vem sendo complementado por aumentos nos fluxos financeiros destinados a essas áreas.

reconhecimento da importância da cooperação Sul-Sul, estimulando os países em desenvolvimento a utilizar seus programas de cooperação internacional para ajudar outros países em desenvolvimento, e aprofundando a cooperação triangular. Recursos e programas globais são solicitados a apoiar a apropriação nacional, alinhar e harmonizar sua ajuda, garantir responsabilidade mútua e manter seu foco em resultados.

- **Aprofundar o envolvimento com organizações da sociedade civil**, convidando-as a analisar de que forma podem aplicar os princípios da Declaração de Paris em suas próprias atividades, envolver-se em um processo com muitos interessados, para promover a eficácia de seu desenvolvimento, e fornecer um ambiente de apoio que possibilite a otimização de suas contribuições ao desenvolvimento.
- **Adaptar políticas de ajuda para países em situação de fragilidade**, por meio do acompanhamento da implementação dos Princípios para o Bom Envolvimento Internacional com Situações e Estados Fragilizados, analisando a capacidade conjunta e as situações; criando colaboração entre doadores e governos nacionais para formular um conjunto de objetivos práticos que possam tratar as causas básicas de conflitos e fragilidades; estimulando a participação de mulheres, e trabalhando de modo flexível, rápido e com recursos de longo prazo.

Essas ações são particularmente relevantes para as parcerias globais em saúde, uma vez que o setor de saúde foi escolhido pelos doadores e países parceiros para acompanhar os progressos em relação à implementação da Declaração de Paris. Passos já

começaram a ser dados no sentido de fortalecer e harmonizar a ajuda direcionada ao setor de saúde. Avanços importantes incluem: enfoque mais direto em abordagens harmonizadas, construção de capacidade e financiamento baseado em resultados; acordos para responsabilização mútua em diversos países; melhorias na harmonização e no alinhamento da ajuda; adoção de princípios básicos de parcerias globais em saúde para operações no nível nacional; e a criação do H8 e da Parceria Internacional em Saúde, para garantir que intervenções de ajuda se tornem mais coesas e abrangentes.⁶

Envolvimento sustentado e refinamento dos princípios de melhores práticas vêm consolidando de maneira consistente um marco de ação de parcerias globais em saúde e um conjunto de indicadores que podem ser medidos nacionalmente e acompanhados internacionalmente.

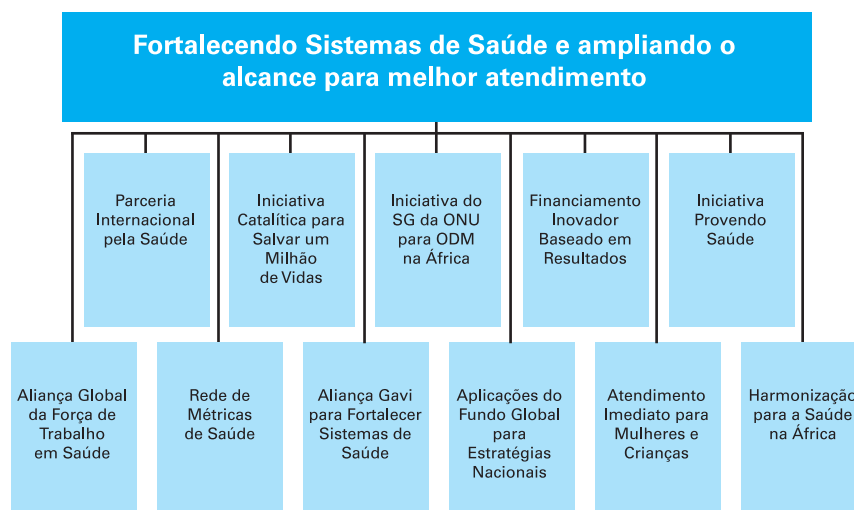
Aumentando os compromissos políticos e os recursos para obter melhores resultados na área da saúde⁷

Medidas para melhorar a qualidade da ajuda vêm sendo complementadas por crescente comprometimento político e maior volume do fluxo financeiro destinado à saúde materna e neonatal. Até alguns anos atrás, questões de saúde materna e infantil raramente eram tratadas pelos líderes mundiais. Atualmente, a saúde materna e infantil está na agenda de líderes mundiais e das principais conferências globais, inclusive do G8.

A questão da mortalidade materna foi discutida no Encontro de Cúpula do G8 realizado em 2008, e a Parceria pela Saúde Materna, Neonatal e Infantil solicitou aos líderes que aumentassem em US\$10,2 bilhões os gastos anuais

Figura 5.1

Iniciativas globais fundamentais na área da saúde que visam fortalecer sistemas de saúde e ampliar intervenções essenciais



Fonte: Parceria Internacional em Saúde, <http://www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_initiatives.html>, acessado em 1º de setembro de 2008.



Investir recursos nacionais e internacionais em capacitação e retenção de equipes especializadas é vital para melhorar a saúde materna e neonatal. Na Nigéria, fita métrica e estetoscópio fetal tradicional estão colocados sobre uma mesa de exames em maternidade que oferece atendimento pré-natal e neonatal, assim como serviços de prevenção de transmissão do HIV da mãe para a criança.

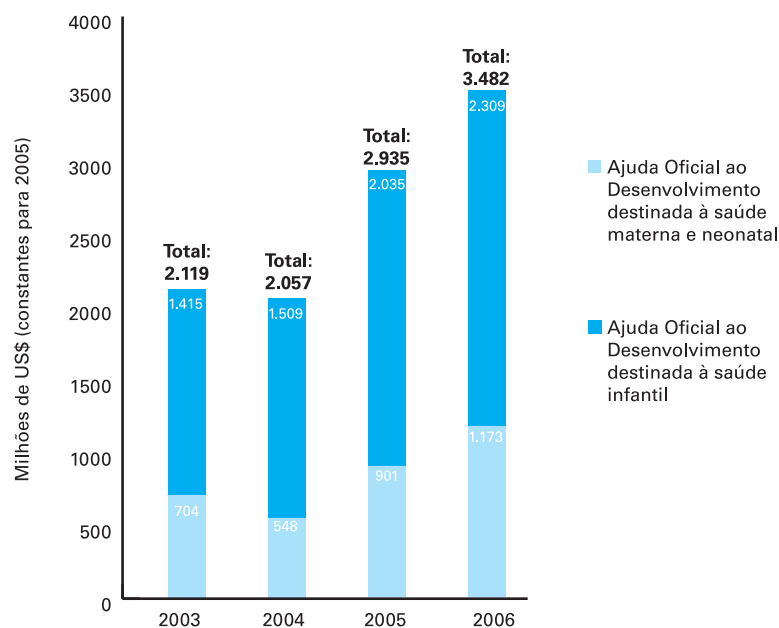
com atendimento de saúde para mães, recém-nascidos e crianças, e com planejamento familiar.⁸

Paralelamente a esse Encontro de Cúpula, foi criado um Grupo de Especialistas em Saúde, ligado ao G8. O grupo estabeleceu princípios de ação, comprometendo-se a empreender ações abrangentes para realizar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde e para destacar a importância de iniciativas específicas por doença e o fortalecimento dos sistemas de saúde. Enfatizou também a necessidade de perspectivas de mais longo prazo, que ultrapassem 2015, data limite para a realização dos ODM; e a necessidade premente de mobilizar maior variedade de interessados.

A ação foi prometida para cinco áreas fundamentais: fortalecimento de sistemas de saúde; saúde materna, neonatal e infantil; doenças infecciosas – incluindo aids, tuberculose, malária, pólio e doenças tropicais negligenciadas; promoção de uma abordagem para todos os setores – incluindo aumento de poder da mulher, redução de desigualdade de gênero e da violência contra a mulher, e saúde; e recursos. Os países em desenvolvimento foram estimulados a alocar maior volume de recursos para o atendimento da saúde, e o G8 reiterou seu compromisso de trabalhar em direção à meta de fornecer, no mínimo, US\$60 bilhões para o combate às principais doenças infecciosas e para o fortalecimento dos sistemas de saúde.⁹

Recursos destinados a doenças específicas – tais como o Fundo Global para o Combate a Aids, Tuberculose e Malária, a Aliança Gavi de vacinação e os programas do

Figura 5.2
A Ajuda Oficial ao Desenvolvimento destinada à saúde materna e neonatal vem aumentando rapidamente desde 2004



Fonte: Greco, Giulia, *et al.* Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006. *The Lancet*, v. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

Parcerias em favor de mães e recém-nascidos na República Centro-Africana

A República Centro-Africana situa-se entre os países com menor renda em todo o mundo, com RNB *per capita* de US\$360 em 2007. Situado no coração do continente africano, o país suportou uma década de conflitos. As regiões mais afetadas estão localizadas no Nordeste e no Noroeste, onde grupos rebeldes e forças governamentais se enfrentam com frequência. Essa violência contínua resultou em deslocamentos em massa e na desorganização da infra-estrutura pública, como atendimento de saúde, principalmente na região Norte.

A sobrevivência e a saúde materna e neonatal permanecem em risco devido à situação de pobreza e conflitos. O risco de morte materna ao longo da vida é de uma em 25; e em 2005, o grupo interagências das Nações Unidas estimou a taxa de mortalidade materna do país em 980 mortes por 100 mil nascidos vivos. Em 2004, a taxa de mortalidade neonatal foi de 52 por mil nascidos vivos – superior à média da África Ocidental e Central, de 44 por mil nascidos vivos, que já era a média regional agregada mais alta no mundo em desenvolvimento para esse indicador. Apenas 53% das mulheres são atendidas durante o parto por agentes de saúde especializados.

O atendimento de saúde materna e de bebês está enfraquecido devido ao controle ineficaz de doenças transmissíveis, à insegurança e à falta de programas abrangentes para saúde materna. Entre outras doenças infecciosas, o tétano é uma causa importante de morte neonatal. Os casos são mais frequentes em meio à população pobre, que é privada de seus direitos civis e que vive em comunidades remotas, onde

prevalecem práticas obstétricas e de atendimento pós-natal anti-higiênicas e nas quais o acesso à imunização com toxóide tetânico durante a gestação é precário.

Apesar dos desafios de contínua insegurança, agências internacionais vêm colaborando com o governo para enfrentar o tétano materno e neonatal como parte de um esforço mais amplo em apoio à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança. Em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde, com a colaboração da Organização Mundial da Saúde, do Fundo de População das Nações Unidas e do UNICEF, lançou a Campanha pela Sobrevivência da Mãe e da Criança. A primeira etapa da campanha deu prioridade à imunização contra o tétano, resultando na vacinação de 700 mil mulheres em idade reprodutiva. Uma segunda etapa de imunização foi realizada em março, e a campanha está preparada para alcançar 1,5 milhão de mulheres e crianças em todo o país. A campanha de imunização contra o tétano representa um passo inicial importante no esforço para reduzir a mortalidade materna e neonatal.

A República Centro-Africana e seus parceiros enfrentam o desafio de consolidar esses ganhos e fortalecer o sistema de saúde para oferecer serviços de maternidade e intervenções de cuidados básicos que podem ajudar a melhorar a saúde materna e neonatal. Melhorar a segurança também é fundamental para ampliar o acesso de mulheres e crianças aos serviços de saúde.

Ver Referências, página 112.

governo norte-americano contra aids e malária – fornecem oportunidades para levantar recursos suficientes para a saúde de mães, recém-nascidos e crianças por meio de sistemas de saúde fortes e do provimento consistente de serviços. Esses recursos contribuem para melhor capacitação de agentes de saúde, sistemas mais confiáveis de suprimento de *commodities*, laboratórios e diagnósticos de melhor qualidade, e maior número de serviços baseados na família e na comunidade, mesmo quando enfocam doenças específicas.

A Organização Mundial da Saúde, o UNICEF, o Fundo de População das

Nações Unidas e o Banco Mundial reforçaram seu compromisso de melhorar a saúde materna e neonatal (*ver Destaque, página 102*); e as principais parcerias e programas globais na área da saúde estão mobilizando recursos consideráveis para apoiar programas e abordagens integradas específicos para a prestação de serviços de saúde. Maior vontade política e comprometimento, evidentes nos países de baixa renda, de renda média e nos países doadores, visando acelerar os progressos em relação à saúde materna e infantil, vêm aumentando significativamente a colaboração e a cooperação, gerando impacto global.

Fluxos financeiros destinados à saúde materna, neonatal e infantil

Maior comprometimento político e institucional com relação à saúde materna, neonatal e infantil reflete-se no aumento acentuado dos fluxos de ajuda para essas áreas. As estimativas mais recentes indicam que a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento destinada à saúde materna, neonatal e infantil aumentou em 64% entre 2003 e 2006. Especificamente, recursos alocados à saúde infantil aumentaram em 63%, ao passo que os recursos destinados à saúde materna e neonatal aumentaram em 66%. Desembolsos destinados à saúde materna, neonatal e infantil pela Aliança Gavi e pelo Fundo Global de

Combate a Aids, Tuberculose e Malária aumentaram em 200% ao longo do mesmo período.

Ainda há espaço para outros aumentos nos recursos direcionados à saúde materna e neonatal. Uma análise recente do fluxo da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD) para essas áreas indica que a ajuda para atividades relacionadas à saúde de mães, recém-nascidos e crianças totaliza apenas 3% dos desembolsos brutos da AOD. Além disso, os recursos alocados para atividades relacionadas à saúde materna e neonatal ficam muito aquém daqueles destinados à saúde infantil. Números relativos a 2006 indicam que a AOD global para a saúde materna e neonatal chegou a US\$1,2 bilhão – aproximadamente 50% do total alocado para a saúde infantil. Embora



© UNICEF/HQ07-1493/Anita Khemka

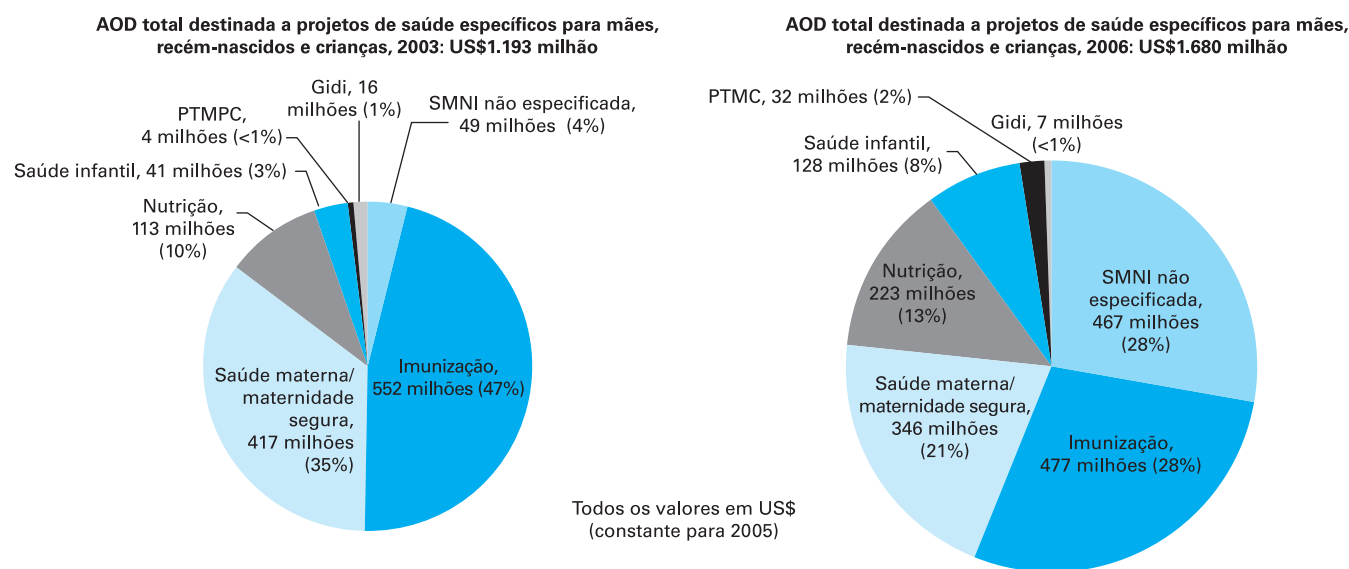
Tanto agentes comunitários como equipes médicas capacitadas desempenham papéis vitais para assegurar o *continuum* de cuidados que começam em casa e na comunidade e têm continuidade na clínica e no hospital. No Nepal, durante visita domiciliar de atendimento, agente comunitária voluntária entrega à gestante suplementos de vitamina A, ferro e ácido fólico.

esse valor represente um aumento significativo desde 2003, quando a AOD global para a saúde materna e neonatal foi de US\$704 milhões, os valores para 2006 significam apenas US\$12 por nascido vivo.

Pesquisas demonstram também que alguns países registram flutuações acentuadas no fluxo da ajuda para a saúde materna, neonatal e infantil de um ano para outro, o que atrapalha os esforços para planejar de forma eficaz

Figura 5.3

Nutrição, PTMPC e saúde infantil vêm recebendo aumentos substanciais de financiamento



Fonte: Greco, Giulia, *et al.* Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006. *The Lancet*, v. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

Gidi: Gestão Integrada de Doenças Infantis
SMNI: Saúde Materna, Neonatal e Infantil
PTMPC: Prevenção da Transmissão de HIV da Mãe para a Criança

A oportunidade de salvar a vida de milhares de mulheres e milhões de crianças está ao alcance.

prioridades estratégicas em países em desenvolvimento – principalmente países que dependem mais fortemente da ajuda. E apesar das melhorias recentes nas estruturas para a eficácia da ajuda e de mudanças para apoio setorial e orçamentário, o maior volume do financiamento para a saúde materna, neonatal e infantil é alocado por meio de financiamento de projetos.

Sendo a parte principal do financiamento ainda direcionada a projetos, os recursos para desenvolvimento de sistemas de saúde – tais como capacitação, formação de equipes, gerenciamento e logística, urgentemente necessários para acelerar os progressos relacionados à saúde materna e neonatal – ainda são limitados em termos relativos.¹⁰ Melhorar a previsibilidade e a sustentabilidade dos fluxos de ajuda

será essencial para garantir que os progressos alcançados nessa área sejam mantidos e intensificados. A redução dos custos de transação para governos nacionais em suas relações com parceiros e programas globais de saúde também deve ser enfrentada, com implicações para outros aperfeiçoamentos e para a harmonização da ajuda e do apoio técnico.

É preciso dar atenção também à necessidade de recursos sustentáveis, previsíveis e flexíveis para apoiar os custos recorrentes de longo prazo do provimento de saúde, tais como pagamento de salários, e para que os governos criem espaço fiscal para a saúde em seus orçamentos. Além disso, outros setores que causam impacto direto sobre o acesso ao atendimento de saúde para mães e

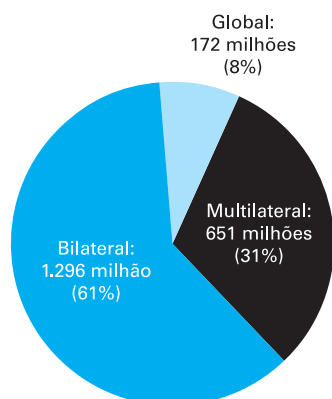
recém-nascidos – como transporte – devem também receber a devida consideração em iniciativas para desenvolver sistemas de saúde sustentáveis.

Esses desafios não são insuperáveis. Mas demandam o comprometimento de todos os parceiros fundamentais, para que trabalhem em conjunto para atender às necessidades de mães, recém-nascidos e crianças. O foco sobre evidências e resultados deve orientar os esforços. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio fornecem um ponto de referência consistente para futuras ações. Alcançar os objetivos demandará a construção de vínculos consistentes entre todos os parceiros colaboradores – governos nacionais, doadores, parceiros e programas globais de saúde, agências internacionais, organizações da

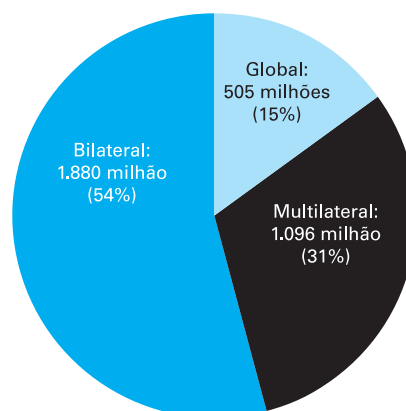
Figura 5.4

O financiamento para saúde materna, neonatal e infantil por parte de iniciativas globais de saúde vem aumentando acentuadamente nos últimos anos

AOD total para saúde materna, neonatal e infantil, 2003:
US\$2.119 milhões



AOD total para saúde materna, neonatal e infantil, 2006:
US\$3.482 milhões



Todos os valores em US\$
(constante para 2005)

Fonte: Greco, Giulia, *et al.*, Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006. *The Lancet*, v. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

Agências das Nações Unidas fortalecem sua colaboração em apoio à saúde materna e neonatal

No Evento de Alto Nível sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, realizado em setembro de 2008 na Assembleia Geral das Nações Unidas, as quatro principais agências de saúde – Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial – fizeram uma declaração conjunta sobre sua intenção de intensificar e harmonizar seus esforços com relação ao cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – até o momento, o objetivo em direção ao qual os progressos realizados foram mais insuficientes. O principal propósito desse compromisso renovado com a ação colaborativa é coordenar esforços no nível nacional e, em conjunto, levantar os recursos necessários.

As quatro agências comprometeram-se com o fortalecimento de seu apoio aos países que registram os níveis mais altos de mortalidade materna – principalmente os 25 países com as taxas de mortalidade materna mais elevadas ou com os números mais elevados de mortes maternas. Com base em sua vantagem comparativa, suas especializações e suas experiências específicas, e contando com a força que têm coletivamente, as agências planejam contribuir em conjunto para a construção de capacidade, o desenvolvimento de sistemas de saúde, assim como o custeio e o financiamento de planos de saúde para mães, recém-nascidos e crianças.

Fortalecendo a capacidade nacional

As agências trabalharão com governos e sociedade civil para melhorar a capacidade nacional:

- Conduzindo avaliações das necessidades, garantindo que planos de saúde tenham como base os ODM e que essas avaliações sejam baseadas em desempenho;
- Elaborando planos de custo no nível nacional e mobilizando rapidamente os recursos necessários;
- Ampliando serviços de saúde de qualidade para garantir acesso universal à saúde reprodutiva, principalmente planejamento familiar, atendimento especializado no momento do parto, atendimento a emergências obstétricas e neonatais, garantindo a associação com prevenção e tratamento de HIV.
- Enfrentando a necessidade urgente de agentes de saúde especializados, principalmente parteiras;
- Solucionando as barreiras financeiras ao acesso, principalmente para os mais pobres;
- Enfrentando as causas básicas de mortalidade e morbidade materna, incluindo desigualdade de gênero, acesso

inadequado de meninas à educação – principalmente no nível secundário –, casamento infantil e gestação na adolescência;

- Fortalecendo sistemas de acompanhamento e avaliação.

Funções e responsabilidades básicas da agência no *continuum* de atendimento materno e neonatal

Em um documento anterior sobre apoio conjunto aos países para acelerar a implementação de um *continuum* de cuidados para mães e recém-nascidos, publicado em julho de 2008, as quatro agências comprometeram-se também a trabalhar com os governos para fortalecer esse *continuum* de cuidados. Com base em suas vantagens e especializações comparativas, as funções básicas a ser desempenhadas pelas agências individualmente também foram especificadas:

Organização Mundial da Saúde: políticas, normatização, pesquisa, acompanhamento & avaliação.

Fundo de População das Nações Unidas: segurança de serviços de saúde reprodutiva, apoio à implementação, recursos humanos para saúde reprodutiva e sexual, incluindo saúde materna e neonatal, e assistência técnica para construir capacidade de acompanhamento e avaliação.

UNICEF: financiamento, apoio à implementação, logística & suprimentos, e acompanhamento & avaliação.

Banco Mundial: financiamento para a saúde, inclusão de saúde materna, neonatal e infantil nas estruturas nacionais de desenvolvimento, planejamento estratégico, investimento em insumos para sistemas de saúde, incluindo sistemas fiduciários e governança, e ampliação de programas bem-sucedidos.

Além disso, agências focais ou agências focais compartilhadas foram identificadas para cada componente do *continuum* de cuidados para mães e recém-nascidos, visando garantir apoio, responsabilização e melhor coordenação. A identificação das responsabilidades da agência, apresentadas na *Figura 5.5*, não impede o envolvimento de outras agências em cada área, mas implica que a agência ou as agências focais coordenarão a resposta das Nações Unidas ao apoio ao plano nacional de saúde naquela área. Além disso, o trabalho de cada agência continuará sendo orientado pela situação prevalente em cada país, pelos pontos fortes e pela experiência existentes em cada agência dentro do país, e por outros fatores contextuais, como abordagens setoriais amplas (SWAps) e outros planos ou acordos nacionais na área da saúde. Em cada caso, o governo continuará a liderar e coordenar o processo.

Ver Referências, página 112.

Figura 5.5

Agências focais e parceiras para cada componente do *continuum* de cuidados para mães e recém-nascidos e funções relacionadas

Área	Agências focais	Parceiras
Continuum de cuidados para mães e recém-nascidos		
Planejamento familiar	UNFPA, OMS	UNICEF, Banco Mundial
Atendimento pré-natal	UNICEF, OMS	UNFPA, Banco Mundial
Parto assistido por pessoal especializado	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Atendimento básico em emergências obstétricas e neonatais	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Atendimento abrangente em emergências obstétricas e neonatais	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Atendimento pós-parto	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Atendimento neonatais	OMS, UNICEF	UNFPA, Banco Mundial
Nutrição materna e neonatal	UNICEF, OMS, Banco Mundial (para nutrição materna)	UNFPA
Áreas adicionais relacionadas à saúde materna e neonatal		
Educação de meninas	UNICEF	UNFPA, Banco Mundial
Envolvimento com gênero/cultura/homens	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Violência baseada em gênero	UNFPA, UNICEF	OMS
Saúde reprodutiva sexual de adolescentes – jovens	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Comunicação para o desenvolvimento	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Fístula obstétrica	UNFPA	OMS
Prevenção de aborto inseguro/ atendimento pós-aborto	OMS	UNFPA
Mutilação genital feminina	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Saúde materna e neonatal em situações humanitárias	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Infecções sexualmente transmissíveis	OMS	UNFPA, UNICEF
HIV/aids e integração com planejamento familiar	Segundo <i>Technical Support Division of Labor</i> , UNAIDS	
Capacitação de recursos humanos pré-serviço e em serviço para SMN	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Regulamentos/legislação para recursos humanos na área da saúde	OMS	UNFPA, UNICEF, Banco Mundial
Lista de medicamentos essenciais	OMS	UNFPA, UNICEF
Desenvolvimento e implementação de planos de ação	OMS, UNFPA, Banco Mundial	UNICEF

Fonte: Apoio Nacional Conjunto de OMS-UNFPA-UNICEF-Banco Mundial para Implantação Acelerada de *Continuum* de Cuidados para Mães e Recém-nascidos, 22 de julho de 2008.

sociedade civil, setor privado e as próprias comunidades e famílias. Os progressos significativos já alcançados nos últimos anos em relação ao fortalecimento da colaboração e ao enfoque sobre resultados fornecem expectativas de maiores ganhos até 2015, e além dessa data.

Prestação de serviços para mães e recém-nascidos

Ao examinar a situação global de mães e recém-nascidos, e as diversas e por vezes complexas tarefas que visam melhorar sua sobrevivência e sua saúde, é possível perder o foco da dimensão humano da equação: os milhões de mulheres que enfrentam com medo o trabalho de parto e o momento do nascimento, porque essa gestação ou gestações subsequentes podem resultar em sua morte, ou em alguma deformação

permanente, e que sem atendimento primário adequado seus bebês também estão sujeitos a morte ou doenças.

A análise da situação das mães desde 1990 coloca em foco o ônus da morte. Presumindo que desde essa data aproximadamente 500 mil mulheres morreram a cada ano, cerca de 10 milhões de mulheres, ao todo, morreram de causas relacionadas à gestação e ao parto. As estimativas mais recentes sobre a mortalidade neonatal chegam a quatro milhões por ano. A tragédia é que, em sua maioria, essas vidas poderiam ter sido preservadas por meio de intervenções de eficácia comprovada e com boa relação custo/benefício.

Essa situação não pode continuar. Não é preciso de esperar por uma revolução

científica ou um novo paradigma para iluminar o melhor caminho a seguir. O conhecimento que pode preservar milhões de vidas de recém-nascidos e mães já está disponível; dados e análises vêm sendo aprimorados rapidamente; o marco de ação está estabelecido; o desafio apresentado pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio é claro.

A oportunidade de salvar a vida de milhares de mulheres e milhões de crianças está ao alcance. Os esforços agora devem enfocar a garantia de que recursos humanos e financeiros, vontade política, comprometimento e colaboração cada vez mais evidentes, em termos nacionais e internacionais, sejam dedicados à tarefa de melhorar as condições de saúde e de sobrevivência de mães e recém-nascidos.

Aprimorando os sistemas de informações sobre saúde: a Rede de Métricas de Saúde

Informações consistentes são essenciais para decisões sobre saúde pública. São necessárias para a formulação de políticas, a elaboração de programas, orçamentos e avaliações, e formam a base de responsabilização para os compromissos do governo para com seus cidadãos. Entretanto, em muitos países em desenvolvimento, volumes insuficientes de investimento nos sistemas de informações sobre saúde deixaram lacunas na coleta, na divulgação e na análise de dados. Com o aumento dos desafios na área da saúde e a aproximação do prazo final para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde, é imperativo atender à demanda por informações consistentes.

A Rede de Métricas de Saúde (RMS) é uma parceria internacional entre países em desenvolvimento, agências internacionais, fundações, parcerias globais em saúde e especialistas técnicos, que visa fortalecer os sistemas de informações sobre saúde. Tais sistemas englobam todos os múltiplos subsistemas e fontes de dados que, em conjunto, contribuem para a geração das informações sobre saúde: registro civil, recenseamentos e levantamentos, vigilância e respostas a doenças, estatísticas de serviços e informações sobre gestão da saúde, dados financeiros e rastreamento de recursos. Alinhada com tendências atuais em desenvolvimento de sistemas de saúde, a RMS busca ampliar a base de informações sobre saúde e sistemas estatísticos que cubram mais do que apenas doenças específicas, e criar lideranças na produção e na utilização de informações de saúde no nível nacional. Esses objetivos exigem melhor coordenação e maior cooperação entre países e parceiros internacionais, e um plano harmonizado para desenvolver sistemas de informações sobre saúde. Outro objetivo da RMS é enfatizar a participação de doadores em um plano nacional unificado para o desenvolvimento de sistemas de informações sobre saúde, reduzindo, desse modo, duplicação, fragmentação e sobreposição de dados.

O desenvolvimento de Estrutura e Padrões para Sistemas Nacionais de Informações sobre Saúde – conhecido como Estrutura RMS – é fundamental para o plano harmonizado que a parceria pretende criar como paradigma universal para coleta, relatórios e utilização de dados até 2011. No ponto central da estrutura está a ferramenta RMS – um questionário padronizado por meio do qual os interessados nacionais avaliam a situação atual das informações sobre saúde com base em critérios específicos. A ferramenta fornece uma medição da situação básica, lacunas críticas em resultados de informações, processos, contextos e recursos referentes à saúde, e uma avaliação de desempenho e realizações. Os países que recebem assistência técnica e financeira de parceiros devem passar por uma avaliação utilizando a ferramenta RMS.

O propósito da Estrutura de RMS é duplo: direcionar investimentos para a padronização de informações sobre saúde e melhorar o acesso, assim como, por extensão, a utilização de informações sobre saúde mais consistentes nos níveis nacional e internacional. A Estrutura RMS busca utilizar padrões adequados e promover as melhores práticas. O processo é considerado dinâmico, evoluindo por meio da incorporação de melhores evidências e experiências mais abrangentes.

Além do desenvolvimento da estrutura dinâmica, a RMS tem dois objetivos relacionados: aprofundar os sistemas de informações sobre saúde, por meio de apoio financeiro e catalítico para implementar a Estrutura RMS; e ampliar o acesso, a divulgação e a utilização de informações sobre saúde para os interessados em todos os níveis. A parceria baseia-se em uma premissa única e consistente: não é por ser pobres que os países não podem produzir boas informações sobre saúde; é por ser pobres que não podem ficar sem elas.

See References, page 112.

Referências

CAPÍTULO 1

- 1 Wessel, Hans, *et al.*, Deaths among Women of Reproductive Age in Cape Verde: Causes and avoidability. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 78, n. 3, março de 1999, p. 225–232; Bartlett, Linda A., *et al.*, Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002., **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5–11 de março de 2005, p. 864–870; Kilpatrick, Sarah J., *et al.* Preventability of Maternal Deaths: Comparison between Zambian and American referral hospitals. **Obstetrics & Gynecology**, v. 100, 2002, p. 321–326.
- 2 Organização Mundial da Saúde. **Neonatal and Perinatal Mortality**: Country, regional and global estimates 2004. Genebra: WHO, 2006, p. 4.
- 3 Calculado a partir do banco de dados globais do UNICEF, 2008; Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial. **Maternal Mortality in 2005**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Genebra: WHO, 2007, p. 35.
- 4 Nanda, Geeta, Kimberly Switlick e Elizabeth Lule. **Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health**: A collection of promising approaches. Washington, D.C.: World Bank, abril de 2005, p. 4.
- 5 Fishman, Steven M., *et al.* Childhood and maternal underweight. Capítulo 2 em **Comparative Quantification of Health Risks**: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Editado por Majid Ezzati *et al.* Genebra: World Health Organization, 2004, p. 84–86.
- 6 Bartlett, Linda A. *et al.* Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5–11 de março de 2005, p. 868.
- 7 Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial. **Maternal Mortality in 2005**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Genebra: WHO, 2007, p. 3–8, 35.
- 8 Valores calculados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, número 7, p. 42–45; Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial. **Maternal Mortality in 2005**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Genebra: WHO, 2007, p. 23–27, 35.
- 9 Organização Mundial da Saúde. **Neonatal and Perinatal Mortality**: Country, regional and global estimates 2004. Genebra: WHO, 2006, p. 2.
- 10 Lawn, Joy E., Simon Cousens e Jelka Zupan. 4 Million Neonatal Deaths: When? where? why? **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 891–892.
- 11 Estimativas do UNICEF baseadas em dados da Organização Mundial da Saúde. **Neonatal and Perinatal Mortality**: Country, regional and global estimates 2004. Genebra: WHO, 2006.
- 12 Ronsmans, Carine, e Wendy J. Graham. Maternal Mortality: Who, when, where and why? **The Lancet**, v. 368, n. 9542, 30 de setembro de 2006, p. 1193; Li, X.F., *et al.* The Postpartum Period: The key to maternal mortality. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 54, n. 1, 1996, p. 1–10; Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2005**: Make every mother and child count. Genebra: WHO, 2005, p. 10, 62.
- 13 Ronsmans, Carine, e Wendy J. Graham. Maternal Mortality: Who, when, where and why. **The Lancet**, v. 368, n. 9542, 30 de setembro de 2006, p. 1195.
- 14 Black, Robert E., *et al.* Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, 19 de janeiro de 2008, p. 243–244; Organização Mundial da Saúde. **Adolescent Pregnancy**: Unmet needs and undone deeds – A review of the literature and programmes. Genebra: WHO, 2007, p. 19–20.
- 15 Centro de Controle e Prevenção de Doenças. Trends in Wheat-Flour Fortification with Folic Acid and Iron – Worldwide, 2004 and 2007. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 57, n. 1, 11 de janeiro de 2008, p. 8–10.
- 16 Allen, Lindsay H., e Stuart R. Gillespie. What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. **ACC/SCN Nutrition Policy Paper n. 19/ADB Nutrition and Development Series n. 5**. Manila: Asian Development Bank e UN Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN), 2001, p. 56, 59.
- 17 Organização Mundial da Saúde. **The World Health Report 2005**: Make every mother and child count. Genebra: WHO, 2005, p. 44; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, Número 7, p. 6.
- 18 Ronsmans, Carine, e Wendy J. Graham. Maternal Mortality: Who, when, where and why. **The Lancet**, v. 368, n. 9542, 30 de setembro de 2006, p. 1194–1195.
- 19 Brahmabhatt, Heena, *et al.* Association of HIV and Malaria with Mother-to-Child Transmission, Birth Outcomes, and Child Mortality. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 47, n. 4, 1 de abril de 2008, p. 475.
- 20 Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, número 7, p. 6; Organização Mundial da Saúde. **Adolescent Pregnancy**: Unmet needs and undone deeds – A review of literature and programmes. Genebra: WHO, 2007, p. 19–20; Gunasekera, Prasanna, Junko Sasaki e Godfrey Walker. Pelvic Organ Prolapse: Don't forget developing countries. **The Lancet**, v. 369, n. 9575, 26 May 2007, p. 1789–1790.
- 21 Lawn, Joy E., Simon Cousens e Jelka Zupan. 4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why? **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 894–895; Desai, Meghna, *et al.* Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 7, n. 2, fevereiro de 2007, p. 96–97.
- 22 Bang, Abhay, M. H. Reddy e M. D. Deshmukh. Child Mortality in Maharashtra. **Economic and Political Weekly**, v. 37, n. 49, 7 de dezembro de 2002, p. 4947–4965; Black, Robert E., *et al.* Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, 19 de janeiro de 2008, p. 243–244.
- 23 Desai, Meghna, *et al.* Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 7, n. 2, fevereiro de 2007, p. 96–97.
- 24 Setty-Venugopal, Vidya, e Ushma D. Upadhyay. Birth Spacing: Three to five saves lives. **Population Reports**. Baltimore: Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Series L, n. 13, 2002, p. 1.
- 25 Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2005**: Make every mother and child count. Genebra: WHO, 2005, p. 10; JHPIEGO, **Best Practices**: Detecting and treating newborn asphyxia. JHPIEGO, 2004, disponível em <<http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>>, acessado em 31 de agosto de 2008.
- 26 Lawn, Joy E., Simon Cousens e Jelka Zupan. 4 Million Neonatal Deaths: When? where? why? **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 896.
- 27 Lawn, Joy E., *et al.* Newborn Survival. Capítulo 27 em **Disease Control Priorities in Developing Countries**. Washington, D.C.: Editado por Dean T. Jamison, *et al.*, Oxford University Press e the World Bank, 2006, 2^a ed., p. 534.
- 28 Adaptado de Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, número 7, p. 37–38; Kerber, Kate J., *et al.* Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1358–1369; Bryce, Jennifer, e J. H. Requejo. **Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival**: The 2008 report. Nova Iorque: Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, 2008, p. 41–48.
- 29 A definição do Banco Mundial para Estados cobre países de baixa renda com pontuação máxima de 3,2 na Avaliação Nacional Institucional e de Políticas (Country Policy and Institutional Assessment – CPIA). A lista de Estados fragilizados é atualizada anualmente, com base nos cálculos apresentados pela CPIA de cada país. Ver outros detalhes da definição em Global Monitoring Report 2007: Confronting the challenges of gender equality and fragile states, Washington D.C.: World Bank, 2007, p. 40. Ver lista de países e territórios da Associação de Desenvolvimento Internacional do Banco Mundial para o ano fiscal de 2007 em <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0,,contentMDK:21389974~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html>>, acessado em 30 de agosto de 2008.

³⁰ Projeto das Nações Unidas para o Milênio. **Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals.** London/Sterling: Earthscan, VA, 2005, p. 113, 188.

CAPÍTULO 1 DESTAQUES

Desafios na medição de mortes maternas

Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial. **Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank.** Genebra: WHO, 2007, p. 1–10.

Criando um ambiente de apoio para mães e recém-nascidos

Gill, Kirrin, Rohini Pande e Anju Malhotra. **Women Deliver for Development: Executive Summary.** Nova Iorque: Family Care International, 2007, p. 1; Nações Unidas. **The Millennium Development Goals Report 2007.** Nova Iorque: UN, 2007, p. 17.

Saúde materna e neonatal na Nigéria: Desenvolvendo estratégias para acelerar os progressos

Fundo de População das Nações Unidas/EngenderHealth. **Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from nine African countries.** Nova Iorque: UNFPA/Engender Health, 2003, p. 57–58; Organização Mundial da Saúde. **Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004.** Genebra: WHO, 2006, p. 11; Wall, L. Lewis. **Dead Mothers and Injured Wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria.** *Studies in Family Planning*, v. 29, n. 4, dezembro de 1998, p. 350.

Expandindo o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: Acesso universal à saúde reprodutiva até 2015

Glasier, A., et al. Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death. *The Lancet*, v. 368, n. 9547, 4 de novembro de 2006, p. 1595; proveniente de Fundo de População das Nações Unidas. **The State of World Population 2004: The Cairo consensus at ten – Population, reproductive health and the global effort to end poverty.** Nova Iorque: UNFPA, 2004, p. 4–7, 12.

Dando prioridade à saúde materna no Sri Lanka UNICEF Sri Lanka. **Annual Report 2007.** Colombo, 2008, p. 7–8; Padmanathan, Indra, et al., **Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka.** Washington, D.C.: World Bank, 2003, p. 1–3, 107, 110, 114, 116–117, 122, 131.

A crise mundial de alimentos e seu impacto potencial sobre a saúde materna e neonatal Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. **Soaring Food Prices: Facts, perspectives, impacts and actions required.** Roma: FAO, junho de 2008, p. 2–4, 17; Young, Helen, et al. **Public Nutrition in Complex Emergencies.** *The Lancet*, v. 364, n. 9448, 20 de novembro de 2004, p. 1899; Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Programa Mundial de Alimentação e Organização Mundial da Saúde. **Food and Nutrition Needs in Emergencies.** UNHCR/UNICEF/WFP/WHO, p. 21; Organização das Nações Unidas

para Agricultura e Alimentação. **The Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture.** Disponível em <http://www.fao.org/giews/english/giews_en.pdf>, acessado em 1º de agosto de 2008.

CAPÍTULO 2

- ¹ Organização Mundial da Saúde. **Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving better health for Africa in the New Millennium.** Genebra: WHO, abril de 2008, p. 1.
- ² Kerber, Kate, et al. Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. *The Lancet*, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1358–1369.
- ³ Fundo das Nações Unidas para a Infância, **Situação Mundial da Infância 2008.** Nova Iorque: UNICEF, janeiro de 2008, p. 39–41, 63–64.
- ⁴ Lawn, Joy E., Simon Cousens e Jelka Zupan. 4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why? *The Lancet*, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 894–895; Black, Robert E., et al. Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, v. 371, n. 9608, 19 de janeiro de 2008, p. 245–248.
- ⁵ Banco Mundial. **Education and Development.** Washington, D.C.: World Bank, 2002, p. 20.
- ⁶ Nações Unidas, Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 26. Nova Iorque, UN, 1948; Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos da Criança, Artigo 28, Nova Iorque: UN, 1989.
- ⁷ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review.** Nova Iorque: UNICEF, dezembro de 2007, Número 6, p. 16, 35.
- ⁸ Lloyd, Cynthia B. **Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries.** Documento de referência para Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Nova Iorque; Projeto das Nações Unidas para o Milênio, 2006.
- ⁹ Rowbottom, Sara. **Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy.** Nova Iorque, United Nations Population Fund, 2007, p. 2.
- ¹⁰ Ibid., p. 5.
- ¹¹ Fundo de População das Nações Unidas. **The State of the World's Population 2005: The promise of equality, gender equity, reproductive health and the millennium development goals.** Nova Iorque: UNFPA, 2005, p. 34–38.
- ¹² Ibid.
- ¹³ Banco Mundial. **Education and Development.** Washington D.C.: World Bank, 2002, p. 5.
- ¹⁴ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review.** Nova Iorque: UNICEF, dezembro de 2007, Número 6, p. 45.
- ¹⁵ Extraído da Tabela Estatística Tabela 9, p. 150.

¹⁶ Federação Internacional de Paternidade Planejada e Fórum sobre Casamento e Direitos de Mulheres e Meninas. **Ending Child Marriage: A guide for global policy action.** Londres; IPPF, setembro de 2006, p. 7, 11, 15.

- ¹⁷ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review.** Nova Iorque: UNICEF, Número 6, 2007, p. 44.
- ¹⁸ Organização Mundial da Saúde. **Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.** Genebra: WHO, 2006, p. 6.
- ¹⁹ Organização Mundial da Saúde. **Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement – OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.** Genebra: WHO, 2008, p. 11.
- ²⁰ TOSTAN. **Annual Report.** 2006 p. 12–16.
- ²¹ Organização Mundial da Saúde. **WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.** Genebra: WHO 2005, p. 22. Relatório resumido.
- ²² Ganatra, B.R., K.J. Coyaji e V.N. Rao. Too far, too little, too late: A community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 76, n. 6, 1998, p. 591–598.
- ²³ Vlachova, Marie, e Lea Biason. **Women in an Insecure World: Violence against women – Facts, figures and analysis.** Genebra: Geneva Centre for the Democratic Control of Armed Forces, 2005, p. 15–16.
- ²⁴ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children: A report card on maternal mortality.** Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, Número 7, p. 12; e Nações Unidas. **In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General.** Nova Iorque: UN, 2006, p. 49.
- ²⁵ Leung W.C., et al. Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 72, n. 1, January 2001, p. 79–80; e Valladares, Eliette M., et al. Physical Partner Abuse During Pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics & Gynecology*, v. 100, n. 4, outubro de 2002, p. 700–705.
- ²⁶ Nações Unidas. **In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General.** Nova Iorque: UN, 2006, p. 49.
- ²⁷ Campbell, Jacquelyn C. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* v. 359, n. 9314, abril de 2002, p. 1331–1336.
- ²⁸ Åsling-Monemi, Kajsa, et al. Violence against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: A case-referent study from Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 81, n. 1, 2003, p. 10–16.

- ²⁹ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2007**. Nova Iorque: UNICEF, 2006, p. 17–18.
- ³⁰ Ibid, p. 23–28.
- ³¹ Desai, Sonalde, e Kiersten Johnson. Women's Decisionmaking and Child Health: Familial and social hierarchies. In Sunitor Kishor, ed., **A Focus on Gender**: Collected papers on gender using DHS data. Maryland, EUA: ORC Macro and Measure DHS, 2005, p. 66.
- ³² Smith, Lisa C., et al. **The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries**. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute, 2003, p. xi–xii, 8–14. Relatório de pesquisa 131.
- ³³ Quisumbing, Agnes R., ed. **Household Decisions, Gender, and Development**: A synthesis of recent research. Washington, D.C.: Johns Hopkins University Press for International Food Policy Research Institute, 2004, p. 118.
- ³⁴ Dados extraídos do banco de dados da União Interparlamentar sobre “Mulheres em Parlamentos Nacionais” Disponível em <www.ipu.org/wmn-e/world.htm>, acessado em julho de 2008.
- ³⁵ Dados extraídos do banco de dados de United Cities and Local Governments sobre participação de mulheres na tomada de decisões locais. Disponível em <www.citieslocalgovernments.org/uclg/index.asp?pag=wldmstatistics.asp&type=&L=EN&pon=1>, acessado em julho de 2008.
- ³⁶ Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher. **Progress of Arab Women 2004**. Amã: UNIFEM Arab States Regional Office, 2004, p. 62.
- ³⁷ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **National Situational Analysis of Children and Women**. UNICEF Moçambique, 2006; Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher. **Progress of Arab Women 2004**. Amã: UNIFEM Arab States Regional Office, p. 62.
- ³⁸ Cowan, Carolyn Pape, et al. Encouraging strong relationships between fathers and children. **Working Strategies**, v. 8, n. 4, Verão 2005, p. 2.

CAPÍTULO 2 DESTAQUES

Cuidados primários de saúde: 30 anos desde Alma-Ata

Chan, Margaret. **Address to the 61st World Health Assembly**. Genebra: WHO, 19 de maio de 2008; Declaração Internacional de Alma-Ata, 1978; Nações Unidas. **Resolutions adopted by the General Assembly during its Sixth Special Session**. 9 de abril – 2 de maio de 1974, suplemento n. 1 (A/9559), p. 3–5; Thieren, Michel. Documento de referência sobre o conceito de acesso universal, elaborado para o Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector. Genebra: WHO, 18–20 de outubro de 2005; Haines, Andy, Richard Horton e Zulfiqar Bhutta. Primary Health Care Comes of Age: Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata – A call for papers. **The Lancet**, v. 370, n. 9591, 15 de setembro de 2007, p. 911–913.

Solucionando a escassez de agentes de saúde: Uma ação crítica para melhorar a saúde materna e neonatal

Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2006**: Working together for health. Genebra: WHO, 2006, p. 8–12, 24, 99–101; Koblinsky, Marge, et al. Going to scale with professional skilled care. **The Lancet**, v. 368, n. 9544, p. 1377–1386; Tawfik, Linda. The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries. Documento de referência para **World Health Report 2006**: Working together for health. Genebra: WHO, 2006, p. 8; Physicians for Human Rights, An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa. Boston: PHR, 2004; Shisana, Olive, et al. HIV/AIDS Prevalence Among South African Health Workers. **South African Medical Journal**, v. 94, n. 10, 2004, p. 846–850, citado in Freedman, Lynn P., et al., Child Health and Maternal Health: Who's Got the Power? Transforming health systems for women and Children. Projeto das Nações Unidas para o Milênio, Task Force on Child Health and Maternal Health, NDP, 2005, p. 122.

Em direção à maior igualdade na saúde materna e neonatal

Gwatkin, Davidson R., et al. **Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries**: An overview. Washington, D.C.: Health, Nutrition and Population, World Bank, setembro de 2007, p. 123–124; Fotso, Jean-Christophe. Child Health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas. **International Journal for Equity in Health**, v. 5, n. 9, 2006; Countdown 2008 Equity Analysis Group et al. Mind the Gap: Equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries. **The Lancet**, v. 371, n. 9620, 12 de abril de 2008, p. 1259–1269; Victora, Cesar G., et al. Explaining Trends in Inequities: Evidence from Brazilian child health studies. **The Lancet**, v. 356, n. 9235, p. 1093–1098; Kerber, Kate J. **The Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health**: Coverage, co-coverage and equity analysis from Demographic and Health Surveys. Faculty of Health Sciences, University of Cape Town, 2007, p. 16, 23–40. Não publicado.

Adaptando serviços de maternidade à cultura de áreas rurais no Peru

Countdown Coverage Writing Group et al. Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions. **The Lancet**, v. 371, n. 9620, 12 de abril de 2008, p. 1254–1255; Organização Mundial da Saúde. **Maternal Mortality in 2005**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Genebra: WHO, 2007, p. 26; Organização Panamericana de Saúde. **Gender, Health and Development in the Americas 2003**. PAHO e Population Reference Bureau, 2003; e informações fornecidas pelo UNICEF Peru.

O Sudão do Sul: Após a paz, uma nova batalha contra a mortalidade materna

Escritório Central de Estatísticas e Comissão do Sudão do Sul para Recenseamento, Estatísticas e Avaliação, **Sudan Household Health Survey 2006**. Cartum: CBS e SSCSC, p. 43, 161, 164, 178; Escritório Nacional do Fundo de População das Nações Unidas no Sudão. **Annual Report 2006**. UNFPA Sudan, p. 3–4; e informações fornecidas pelo UNICEF Sudão.

CAPÍTULO 3

- ¹ Kerber, Kate J., et al. Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro 2007, p. 1358–1369.
- ² Glasier, Anna, et al. Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death. **The Lancet**, v. 368, n. 9547, 4 de novembro de 2006, p. 1602.
- ³ Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Genebra: UNAIDS, 2008, p. 33.
- ⁴ Organização Mundial da Saúde. **Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets**. Genebra: WHO, 2004, p. 26–30.
- ⁵ Black, Robert E., et al. Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, 19 de janeiro de 2008, p. 244.
- ⁶ Ibid., p. 249.
- ⁷ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Report on the Global AIDS Epidemic 2008, UNAIDS, Geneva, 2008, p. 30.
- ⁸ Briand, Valérie, et al. Intermittent preventive treatment for the prevention of malaria during pregnancy in high transmission areas. **Malaria Journal**, v. 6, n. 1, 2007, p. 160.
- ⁹ Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and missed opportunities – An analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001**. Genebra: WHO, 2003, p. 2.
- ¹⁰ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, Número 7, p. 44.
- ¹¹ Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2005**: Make every mother and child count. Genebra: WHO, 2005, p.10, 62.
- ¹² Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, Número 7, p. 44.
- ¹³ Paul, Vinod K. Meeting MDG 5: Good news from India. **The Lancet**, v. 369, n. 9561, 17 de fevereiro de 2007, p. 558; Chatterjee, Patralekha. India addresses maternal deaths in rural areas. **The Lancet**, v. 370, n. 9592, 22 de setembro de 2007, p. 1023–1024.
- ¹⁴ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, Número 7, p. 9.
- ¹⁵ Organização Mundial da Saúde. **Postpartum care of the mother and newborn**: A practical guide. Genebra: WHO, 1998, p. 17.
- ¹⁶ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, número 7, p. 11, 44.
- ¹⁷ Olsen, Øystein Evjen, Sidney Ndeki e Ole Frithjof Norheim. Availability, distribution and use of

- emergency obstetric care in northern Tanzania. **Health Policy and Planning**, v. 20, n. 3, 2005, p. 171–173.
- ¹⁸ Organização Mundial da Saúde. **Postpartum care of the mother and newborn**: A practical guide. Genebra: WHO, 1998, p. 2; Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2005**: Make every mother and child count. Genebra: WHO, 2005, p. 62, 73–74.
- ¹⁹ Kerber, Kate J., *et al.* Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1366.
- ²⁰ Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2005**: Make every mother and child count. Genebra: WHO, 2005, p. 73–74.
- ²¹ Prince, Martin, *et al.* No health without mental health. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 8 de setembro de 2007, p. 867–8.
- ²² Knippenberg, R., *et al.* Systematic scaling up of neonatal care in countries. **The Lancet**, v. 365, n. 9464, 19 de março de 2005, p. 1088–1089; Countdown Coverage Writing Group *et al.* Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions. **The Lancet**, v. 371, n. 9620, 12 de abril de 2008, p. 1256.
- ²³ Extraído da Tabela Estatística 8, página 149.
- ²⁴ Declaração de Alma-Ata, artigos 6–8, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, USSR, 1978; Haines, Andy, *et al.* Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers. **The Lancet**, v. 369, n. 9579, 23 de junho de 2007, p. 2121.
- ²⁵ Haines, Andy, *et al.* Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers. **The Lancet**, v. 369, n. 9579, 23 de junho de 2007, p. 2123.
- ²⁶ Freedman, Lynn P., *et al.* **Child Health and Maternal Health**: Who's got the power? Transforming health systems for women and children. Projeto das Nações Unidas para o Milênio, Task Force on Child Health and Maternal Health, UNDP, 2005, p. 65.
- ²⁷ Kerber, Kate J., *et al.* Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1361.
- ²⁸ Lawn, Joy, e Kate Kerber, eds. **Opportunities for Africa's Newborns**: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Cidade do Cabo: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006, p. 32.
- ²⁹ Kerber, Kate J., *et al.* Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1364.
- ³⁰ Ibid.
- ³¹ Lawn, Joy, e Kate Kerber, eds. **Opportunities for Africa's Newborns**: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Cidade do Cabo: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006, p. 33.
- ³² Bartlett, Linda A., *et al.* Where Giving Birth Is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 864–870.
- ³³ Paxton, A., *et al.* Global patterns in availability of emergency obstetric care. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 93, n. 3, 2006, p. 300–307.

CAPÍTULO 3 DESTAQUES

Eliminando o tétano materno e neonatal

Organização Mundial da Saúde. **Weekly epidemiological record**. Genebra: WHO, n. 20, 19 de maio de 2006, p. 198–208; n. 81, 31 de março de 2006, p. 120–127; n. 44, 30 de outubro de 1987, p. 332–335; n. 82, 29 de junho de 2007, p. 237–242; e n. 34, 22 de agosto de 2008, p. 301–307; Roper, Martha H., Jos H. Vandelaer e François L. Gasse. Maternal and neonatal tetanus. **The Lancet**, v. 370, n. 9603, 8 de dezembro de 2007, p. 1947–1959.

Distúrbios hipertensivos: comuns, embora complexos

Khan, Khalid S., *et al.* WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review. **The Lancet**, v. 367, n. 9516, 1 de abril de 2006, p. 1073; Podymow, Tiina, e Phyllis Agosto. Hypertension in pregnancy. **Advances in Chronic Kidney Disease**, v. 14, n. 2, abril 2007, p. 178–179, 181; Hofmeyr, G.J., A.N. Attallah L. Duley. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2006, v. 3, artigo n. CD001059; Bhutta, Zulfiqar A., *et al.* What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, n. 9610, 2 de fevereiro de 2008, p. 431; Dolea, Carmen, e Carla AbouZahr. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. **Global Burden of Disease 2000**. Genebra: World Health Organization, 2003.

Os primeiros 28 dias de vida

Lawn, Joy E., Simon Cousens e Jelka Zupan. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 891–900; Lawn, Joy E., Kenji Shibuya e Claudia Stein. No Cry at Birth: Global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 6, junho de 2005, p. 409–17; Bang, Abhay T., *et al.* Effect of Home-based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India. **The Lancet**, v. 354, n. 9194, 4 de dezembro de 1999, p. 1955–1961; Baqui, Abdullah H., *et al.* Effect of community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 371, n. 9628, 7 de junho de 2008, p. 1936–1944; Manandhar, D.S., *et al.* Effect of a Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes in Nepal: Cluster-randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 364, n. 9438, 11 de setembro de 2004, p. 970–979; Kumar, V., *et al.* Effect of Community-based Behaviour Change Management on Neonatal Mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A cluster-randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 372, n. 9644, 27 de setembro de

2008, p. 1151–1162; Bhutta, Zulfiqar A., *et al.* Implementing Community-based Perinatal Care: Results from a pilot study in rural Pakistan. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 6, junho de 2008, p. 452–459; Kerber, Kate J., *et al.* Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1358–1369; Bhutta, Zulfiqar A., *et al.* Interventions to Address Maternal, Newborn and Child Survival: What difference can integrated primary health care strategies make? **The Lancet**, v. 372, n. 9642, 13 de setembro de 2008, p. 972–989; Bhutta, Zulfiqar A., *et al.* Community-based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A review of the evidence. **Pediatrics**, v. 115, n. 2, fevereiro de 2005, p. 519–617; Haws, Rachel A., *et al.* Impact of Packaged Interventions on Neonatal Health: A review of the evidence. **Health Policy and Planning**, v. 22, n. 4, 25 de maio de 2007, p. 193–215.

Atividade de parteiras no Afeganistão

Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial. **Maternal Mortality in 2005**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Genebra: WHO, 2007, p. 23; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Progress for Children**: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, Número 7, p. 10, 43; Escritório Regional do UNICEF para Ásia Meridional. **Maternal and Neonatal Health Review in South Asia Region**. 25 de junho de 2008, p. 67–68; Currie, Sheena, Pashtoon Azfar e Rebecca C. Fowler. A bold new beginning for midwifery in Afghanistan. **Midwifery**, v. 23, n. 3, setembro de 2007, p. 226–234; Ministério de Saúde Pública do Afeganistão. **Maternal Mortality in Afghanistan**: Magnitude, causes, risk factors and preventability. Afghan Ministry of Public Health, Centers for Disease Control and Prevention e UNICEF, 6 de novembro de 2002, p. 4; e informações fornecidas pelo UNICEF Afeganistão.

Cuidados “mãe canguru” em Gana

Whitelaw, A., e K. Sleath. Myth of the Marsupial Mother: Home care of very low birthweight babies in Bogota, Colombia. **The Lancet**, v. 1, n. 8439, 25 de maio de 1985, p. 1206–1208; Pattinson, Robert C., *et al.* Implementation of Kangaroo Mother Care: A randomized trial of two outreach strategies. **Acta Paediatrica**, v. 94, n. 7, 2005, p. 924–927; Bergh, A.-M., e Robert C. Pattinson. Development of a Conceptual Tool for the Implementation of Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatrica**, v. 92, n. 6, p. 709–714; e informações fornecidas pelo UNICEF Ghana.

Infecção conjunta por HIV/malária durante a gestação

Desai, Meghna, *et al.* Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 7, n. 2, fevereiro de 2007, p. 93–104; Ter Kuile, F.O., *et al.* The Burden of Co-infection with HIV Type 1 and Malaria in Pregnant Women in Sub-Saharan Africa. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 71, suplemento 2, 2004, p. 41–54; Organização Mundial da Saúde. **Malaria and HIV Interactions and their implications for Public Health Policy**. Genebra: WHO, 2005, p. 10–11; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Malaria**

and HIV Factsheet. Nota Técnica N.6 do UNICEF, fevereiro de 2003, p. 2; Organização Mundial da Saúde. **Technical Expert Group Meeting on Intermittent Preventive Treatment in pregnancy (IPTp)**. Genebra, 2008, p. 4; World Health Organization. **Assessment of the Safety of Artemisinin Compounds in Pregnancy**. Genebra, 2003, p. 2.

O desafio enfrentado pelas adolescentes na Libéria

Informações fornecidas pelo UNICEF Libéria.

CAPÍTULO 4

- 1 Hill, K., *et al.* Interim Measures for Meeting Needs for Health Sector Data: Births, deaths and causes of death. **The Lancet**, v. 370, n. 9600, 17 de novembro 2007, p. 1726–1735.
- 2 Organização Mundial da Saúde. **Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer**. Genebra: WHO, 2004, p. 1–2.
- 3 Measure Evaluation. **Measuring Maternal Mortality from a Census**: Guidelines for potential users. Disponível em <www.cpc.unc.edu/measure/publications>, acessado em 30 de setembro de 2008; Organização Mundial da Saúde. **Verbal Autopsy: Ascertaining and attributing causes of death**. Genebra: WHO, 2007, p. 6.
- 4 Setel, P.W., *et al.* Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy: A renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 8, 2005, p. 611–617; Measure Evaluation. **Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy**. Disponível em <www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/savvy>, acessado em 30 de setembro de 2008.
- 5 Organização Mundial da Saúde. **Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer**. Genebra: WHO, 2004, p. 106–107.
- 6 US Centers for Disease Control and Prevention. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. **Morbidity and Mortality Weekly Report** – Recommendations and Reports. Washington, D.C.: CDC, v. 50, n. RR13, 27 de julho de 2001, p. 1–35.
- 7 Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde e Fundo de População das Nações Unidas. **Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services**. UNICEF, agosto de 1997; Averting Maternal Death and Disability Program. **Averting Maternal Death and Disability Program Report, 1999–2005**. Nova Iorque: Mailman School of Public Health, Columbia University, outubro de 2006, p. 2–4.
- 8 Organização Mundial da Saúde. **Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer**. Genebra: WHO, 2004, p. 4.
- 9 Granja, A.C., F. Machungo e S. Bergstrom. Avoidability of Maternal Death in Mozambique: Audit and retrospective risk assessment in 106 consecutive cases. **African Journal of Health Sciences**, v. 7, n. 3–4, julho–dezembro de 2000, p. 83–7.
- 10 Blouse, A., P. Gomez e B. Kinzie. **Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programmes**. Baltimore: JHPIEGO, 2004, p. 1–42; EngenderHealth. **COPE for Maternal Health Services: A process and tools for improving the quality of maternal health services**. Nova Iorque, 2001.
- 11 Byass, Peter, *et al.* Direct Data Capture Using Hand-held Computers in Rural Burkina Faso: Experiences, benefits and lessons learnt. **Tropical Medicine and International Health**, v. 13, número especial 1, julho de 2008, p. 29.
- 12 Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2006: Working together for health**. Genebra: WHO, 2006, p. 12.
- 13 Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2005: Make every mother and child count**. Genebra: WHO, 2005, p. 96.
- 14 Fundo de População das Nações Unidas. **Investing in People: National progress in implementing the ICPD Programme of Action 1994–2004**. Nova Iorque: UNFPA, 2004, p. 45; Organização Mundial da Saúde, Confederação Internacional de Partesiras e Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. **Making Pregnancy Safer: The critical role of the skilled attendant – A joint statement by WHO, ICM and FIGO**. Genebra: 2004, p. 1; Departamento de Saúde Reprodutiva da Organização Mundial da Saúde. **Proportion of Births Attended by Skilled Health Workers**. Genebra: WHO, p. 3. Atualizações para 2008.
- 15 Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde. **Management of Sick Children by Community Health Workers**. Nova Iorque: UNICEF/WHO, janeiro de 2006, p. 7.
- 16 Ibid.
- 17 Extraído do relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância: **Situação Mundial da Infância 2008: Sobrevivência Infantil**. Nova Iorque: UNICEF, janeiro de 2008, p. 77.
- 18 Escritório Regional do UNICEF para Ásia Meridional. **Maternal and Neonatal Health Review in the South Asia Region**. 25 de junho de 2008, p. 152.
- 19 Dambisya, Ysowa. A Review of Non-financial Incentives for Health Worker Retention in Eastern and Southern Africa. **Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa**. Documento de discussão n. 44, maio de 2007, p. 49.
- 20 Lawn, Joy E., e Kate J. Kerber, eds. **Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa**. Cidade do Cabo: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006, p. 73.
- 21 Vivar, Susana Camacho. Ecuador Addresses Cultural Issues for Pregnant Women. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1302.
- 22 Lawoyin, Taiwo, O. O.C. Olushevi, e David A. Adewole. Men's Perception of Maternal Mortality in Nigeria. **Journal of Public Health Policy**, v. 28, n. 3, 2007, p. 299–318.
- 23 Lawn, Joy E., e Kate J. Kerber, eds. **Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa**. Cidade do Cabo: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006, p. 87.
- 24 Bryce, Jennifer, e J.H. Requejo. **Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report, Countdown to 2015**. Nova Iorque: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2008, p. 44.
- 25 Dados elaborados pela Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Políticas de Saúde. **Health Systems Strengthening Area**. Organização Panamericana de Saúde.
- 26 Comissão Econômica e Social das Nações Unidas, Comissão Econômica das Nações Unidas para a África, Comissão da União Africana. **Meeting Africa's New Development Challenges in the 21st Century: Issues paper**. Adis Abeba: 21 de março de 2008, p. 13.
- 27 Borghi, J.O., *et al.* Mobilizing Financial Resources for Maternal Health. **The Lancet**, v. 368, n. 21, outubro de 2006, p. 1457–1465.
- 28 Witter, Sophie, *et al.* The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care. **Reproductive Health Matters**, v. 15, n. 30, 2007, p. 61–71; Borghi, J.O., *et al.* Mobilizing Financial Resources for Health. **The Lancet**, v. 368, n. 21, outubro de 2006, p. 1457–1465.
- 29 Gilson, Lucy, e Di McIntyre. Removing Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action. **British Medical Journal**, v. 331, 2005, p. 331, 762–765.
- 30 Borghi, J.O. *et al.* Mobilizing Financial Resources for Health. **The Lancet**, v. 368, n. 21, outubro de 2006, p. 1457–1465; Deininger, K., e P. Mpuga. **Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda**. Washington, D.C.: World Bank, documento de pesquisa n. 3276, 2004; Nabyonga, J., *et al.* Abolition of Cost-sharing Is Pro-poor: Evidence from Uganda. **Health Policy Plan**, v. 20, p. 100–108.
- 31 Borghi, J.O., *et al.* Mobilizing Financial Resources for Health. **The Lancet**, v. 368, n. 21, outubro de 2006, p. 1457–1465; Gilson, Lucy, e Di McIntyre. Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action. **British Medical Journal**, v. 331, 1 de outubro de 2005, p. 762–765.
- 32 Gilson, Lucy, e Di McIntyre. Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action. **British Medical Journal**, v. 331, 1 de outubro de 2005, p. 762–765.
- 33 Dmytraczenko, T., *et al.* **Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Níñez en Bolivia**. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform, Abt Associates, 1998; Borghi, J.O., *et al.* Mobilizing Financial Resources for Maternal Health. **The Lancet**, v. 368, n. 9545, 21 de outubro de 2006, p. 1457–1465.
- 34 Schneider, P., *et al.* **Utilization, Cost and Financing of District Health Services in Rwanda**. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform, Abt Associates, março de 2001;

- Fox-Rushby, J.A. Costeffectiveness Analysis of a Mobile Maternal Health Care Service in West Kiang, The Gambia. **World Health Stat Quarterly**, v. 48, n. 1, 1995; p. 23–27.
- ³⁵ Richard, F., *et al.* Reducing Financial Barriers to Emergency Obstetric Care: Experience of costsharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso. **Tropical Medicine and International Health**, v. 12, n. 8, agosto de 2007, p. 972–981.
- ³⁶ Gertler, P., e S. Boyce. **An Experiment in Incentive-based Welfare**: The impact of Progres on health in Mexico. Berkeley: University of California, 2001; Morris, S.S., *et al.* Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: A cluster randomized trial. **The Lancet**, v. 364, n. 9450, 4 de dezembro de 2004; p. 30–37.
- ³⁷ Peters, David H., Gita G. Mirchandani e Peter M. Hansen. Strategies for Engaging the Private Sector in Sexual and Reproductive Health: How effective are they? **Health Policy and Planning**, v. 19, suplemento 1, p. 5–21.
- ³⁸ Bhatia, Jagdish, e John Cleland. Health Care of Female Outpatients in South-central India: Comparing public and private sector provision, **Health Policy and Planning**, v. 19, n. 6, p. 402–409; Barber, Sarah L. Public and Private Prenatal Care Providers in Urban Mexico: How does their quality compare? **International Journal for Quality in Health Care**, 4 de maio de 2006, p. 1–8; Barber, SL, PJ Gertler, e P Hasrimurti. Differences in access to high-quality outpatient care in Indonesia. **Health Affairs**, v. 26, n. 3 maio-junho de 2007, p. 352–366.
- ³⁹ Organização Mundial da Saúde. **World Health Statistics 2008**. Genebra: WHO, 2008, p. 82–83.
- ⁴⁰ Mbonye, A.K., *et al.* Declining Maternal Mortality Ratio in Uganda: Priority interventions to achieve the MDG, **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 98, n. 3, Setembro 2007, p. 287.
- ⁴¹ Organização Mundial da Saúde, Fundação Internacional de Paternidade Planejada, John Snow, Inc., PATH, Population Services International, Fundo de População das Nações Unidas, Banco Mundial. **The Interagency List of Essential Medicines for Reproductive Health**, Genebra: WHO, 2006.
- ⁴² Barker, Carol, *et al.* Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: An integrated approach. **Reproductive Health Matters**, v. 15, n. 30, Novembro 2007, p. 5.
- ⁴³ Organização Panamericana de Saúde. **Neonatal Health in the Context of Maternal, Newborn and Child Health for the Attainment of the Millennium Development Goals of the UN Millennium Declaration**. Washington D.C.: PAHO, 2006, p. 19.
- ⁴⁴ Ganatra, B.R., K.J. Coyaji e V.N. Rao. Too Far, Too Little, Too Late: A community-based, casecontrol study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. **Bulletin of the World Health Organization**, 1988, v. 76, n. 6, p. 591–598; George, Asha. Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed service delivery constraints. **Reproductive Health Matters**, v. 15, n. 30, 2007, p. 91–102; Murray, Susan F., e Stephen C. Pearson. Maternity Referral Systems in Developing Countries: Current knowledge and future research needs. **Social Science and Medicine**, v. 62, 2006, p. 2205–2215.
- ⁴⁵ Pittrof, Rudiger, Oona Campbell e Veronique Filippi. What Is Quality in Maternity Care? An international perspective. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 81, n. 4, abril de 2002, p. 278.
- ⁴⁶ Delvaux, Therese, *et al.* Quality of Antenatal and Delivery Care Before and After the Implementation of a Prevention of Mother-to-child HIV Transmission Programme in Cote d'Ivoire. **Tropical Medicine and International Health**, v.13, no. 8, agosto de 2008, p. 974.
- ⁴⁷ Kayongo, M., *et al.* Strengthening Emergency Obstetric Care in Ayacucho, Peru. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 92, n. 3, março de 2006, p. 299–307; Otchere, S.A., e H.T. Binh. Strengthening Emergency Obstetrics in Thanh Hoah and Quang Tri provinces in Vietnam. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 99, n. 3, Setembro 2007, p. 165–172; Otchere, S.A., e A. Kayo. The Challenges of Improving Emergency Obstetric Care in Two Rural Districts in Mali. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 99, agosto 2007, p. 173–182.
- ⁴⁸ Thomas, Lena Susan, *et al.* Making Systems Work: The hard part of improving maternal health services in South Africa. **Reproductive Health Matters**, v. 15, n. 30, Setembro 2007, p. 45–48.

CAPÍTULO 4 DESTAQUES

Utilizando metodologia de associações críticas nos sistemas de atendimento de saúde para evitar mortes maternas

Núñez Urquiza, Rosa María, *et al.* Más Allá de las Cifras: Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas. **Género y Salud en Cifras**, v. 3, ns. 2/3, maio-dezembro de 2005, p. 5–15.

Novo direcionamento para a saúde materna

Starrs, Ann M. Delivering for Women. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 outubro 2007, p. 1285; Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e Banco Mundial. **Maternal Mortality in 2005**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Genebra: WHO, 2005; Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2005**: Make every mother and child count. Genebra: WHO, 2005; Braveman, Paula e Eleuther Tarimo. Social Inequalities in Health within Countries: Not only an issue for affluent nations. **Social Science & Medicine**, v. 54, n. 11, 2002, p. 1621–1635; Marmot, Michael. Social Determinants of Health Inequalities, **The Lancet**, v. 365, n. 9464, 19 de março de 2005, p. 1099–1104; Hill, Kenneth, *et al.* Estimates of Maternal Mortality Worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data. **Obstetric Anesthesia Digest**, v. 28, n. 2, junho 2008, p. 94–95; Bryce, Jennifer, and J. H. Requejo. **Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival**: The 2008 report. Nova Iorque: Countdown to 2015, United Nations Children's Fund,

2008; Sedgh, Gilda, *et al.* Induced Abortion: Rates and trends worldwide. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1338–1345; Gülmezoglu, A. Metin, *et al.* WHO Systematic Review of Maternal Mortality and Morbidity: Methodological issues and challenges. **BMC Medical Research Methodology**, v. 4, n. 16, 2004, p. 16; Filippi, V., *et al.* Health of Women after Severe Obstetric Complications in Burkina Faso: A longitudinal study. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro 2007, p. 1329–1337; Bhutta, Zulfiqar A., *et al.* What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, n. 9610, 2 de fevereiro de 2008, p. 417–440; Shankar, A.H., *et al.* Effect of Maternal Multiple Micronutrient Supplementation on Fetal Loss and Infant Death in Indonesia: A double-blind cluster-randomized trial. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, 19 de janeiro de 2008, p. 215–227; Campbell, O.M., e W.J. Graham. Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works. **The Lancet**, v. 368, n. 9543, 7 de outubro de 2006, p. 1284–1299; Villar, J., *et al.* World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 193, n. 6S2, fevereiro de 2006, p. 639–649; Altman, D., *et al.* Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: A randomized placebo-controlled trial. **The Lancet**, v. 359, n. 9321, 1 de junho de 2002, p. 1877–1890; Althabe, Fernando, *et al.* A behavioral intervention to improve obstetrical care. **New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 18, 1 de maio de 2008, p. 1929–1940; Villar, J., *et al.* WHO Antenatal Care Randomized Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care. **The Lancet**, v. 357, n. 9268, 19 de maio de 2001, p. 1551–1564; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Malaria & Children**: Progress in intervention coverage. Nova Iorque: UNICEF, 2007; Kerber, Kate J., *et al.* Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health: From slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370; n. 9595, 13 de outubro 2007, p. 1358–1369.

Fortalecendo o sistema de saúde no Laos

Economist Intelligence Unit. **Country Report Laos**. Londres: EIU, janeiro de 2008, p. 7, 12; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **The State of Asia-Pacific's Children 2008**. Nova Iorque: UNICEF, maio de 2008, p. 38; Fundo de População das Nações Unidas. **Maternal and Neonatal Health in East and Southeast Asia**. Nova Iorque: UNFPA, 18 de maio de 2008, p. 1; Perks, Carol, Michael J. Toole e Khamla Phouthonsy. District Health Programmes and Health-sector Reform: Case study in the Lao People's Democratic Republic. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 84, n. 2, fevereiro de 2006, p. 133–135; UNICEF Laos, Relatório Anual 2007, p.3–4, 9.

Preservando a vida de mães e recém-nascidos – os primeiros dias cruciais após o nascimento

Lawn, Joy E., Simon Cousens e Jelka Zupan. 4 Million Neonatal Deaths: When? where? why? **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 891–900; Baqui, A.H., *et al.* Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: An observational study. Não publicado, 2008; Darmstadt, G.L., *et al.* Evidence-based, Cost-effective Interventions: How many newborn babies can we save? **The Lancet**, v. 365, n. 9463, 12 de março de 2005, p. 977–988; Bhutta, Zulfiqar A., *et al.* What Works? Interventions for

maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, n. 9610, 2 de fevereiro de 2008, p. 417–440; Dearden, Kirk, *et al.* The Impact of Mother-to-mother Support on Optimal Breast-feeding: A controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala. **Pan American Journal of Public Health**, v. 12, n. 3, setembro de 2002, p. 193–201; Kerber, Kate J., *et al.* Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, 13 de outubro de 2007, p. 1358–1369; Bryce, J., *et al.* Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Health: Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions. **The Lancet**, v. 371, n. 9620, 12 de abril 2008, p. 1247–1258; Tinker, Anne, *et al.* A Continuum of Care to Save Newborn Lives. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, 5 de março de 2005, p. 822–825; Lawn, Joy E., e Kerber, Kate J., eds. **Opportunities for Africa's Newborns**: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Cidade do Cabo: Partnership on Maternal, Newborn and Child Health, 2006, p.84; Peterson, S., *et al.* Coping with Paediatric Referral: Ugandan parents' experience. **The Lancet**, v. 363, n. 9425, 12 de junho de 2004, p. 1955–1956; Bang, A.T., *et al.* Effect of Homebased Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India. **The Lancet**, v. 354, n. 9194, 4 de dezembro de 1999, p. 1955–1961; Baqui, Abdullah H., *et al.* Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Servicedelivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 371, n. 9628, 7 de junho de 2008, p. 1936–1944.

Burundi: compromisso governamental com cuidados de saúde materna e infantil

Economist Intelligence Unit. **Country Report Burundi**, Londres: EIU, maio de 2008; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Human Development Report 2007/2008**: Fighting Climate Change – Human solidarity in a divided world. Nova Iorque: UNDP, 2007, p. 240; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2008: Sobrevivência Infantil**. Nova Iorque: UNICEF, janeiro 2008, p. 114, 118, 126, 142; Philips, Mit, *et al.* Burundi: A population deprived of basic health care. **British Journal of General Practice**, v. 54, n. 505, 1 de agosto 2004, p. 634; Human Rights Watch. A High Price to Pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals. **Human Rights Watch**, v. 18, n. 8(A), setembro de 2006, p. 7, 21, 27; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Annual Report 2007**. Nova Iorque: UNICEF, 2008, p. 11, 25–26; Parceria Internacional em Saúde. **Scaling-Up for Better Health (IHP+) Update**. WHO, n. 1, 1 de novembro de 2007, p. 1. Disponível em www.who.int/healthsystems/ihp/en/index.html, acessado em 30 de julho de 2008.

Integrando cuidados de saúde materna e neonatal na Índia

Fundo das Nações Unidas para a Infância, **The State of Asia-Pacific's Children 2008**. Nova Iorque: UNICEF, maio de 2008, p. 20, 53; Fundo das Nações Unidas para a Infância, **Situação Mundial da Infância 2008**: Child survival. Nova Iorque: UNICEF, janeiro de 2008, p. 115, 143; **Maternal and Neonatal Health Review in the South Asian Region**, 25 de junho de 2008, p. 16, 103; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Annual Report 2007**. Nova Iorque: UNICEF, 2008, p. 4; Governo da

Índia, Ministério de Saúde e Bem-estar Familiar.

Janani Suraksha Yojana: Guidelines for implementation. Setembro 2006, p. 5; Sharma, Ramakant. **Janani Suraksha Yojana**: A study of the implementation status in selected districts of Rajasthan. Population Research Centre, Mohanlal Sukhadia University, 2007–2008; Fundo de População das Nações Unidas. **Rapid Assessment of Chiranjeevi Yojana in Gujarat 2006**. UNFPA Índia, p. v. 23; Bhat, Ramesh, Dale Huntington e Sunil Maheshwari. **Public-Private Partnerships**: Managing contracting arrangements to strengthen the Reproductive and Child Health Programme in India – Lessons and implications from three case studies. World Health Organization, 2007, p. 12–13; Escritório Nacional do UNICEF Índia. **Assessment of Chiranjeevi Performance**. Fevereiro de 2008. Disponível em http://gujhealth.gov.in/Chiranjeevi%20Yojana/M_ind ex.htm, acessado em 4 de agosto de 2008.

CAPÍTULO 5

- 1 Organização Mundial da Saúde. Progress in Global Measles Control and Mortality Reduction, 2000–2006. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 82, n. 48, 30 de novembro de 2007, p. 422.
- 2 Programa Conjunto das Nações Unidas para Acompanhamento de HIV/AIDS, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde. **Towards Universal Access**: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008. UNAIDS/UNICEF/WHO, p. 88–89,98.
- 3 Instituto de Desenvolvimento Ultramarino. **Global Health: Making partnerships work**. Londres: ODI, Briefing paper n. 15, janeiro de 2007, p. 1.
- 4 Parceria Internacional em Saúde. **Informal Meeting of Global Health Leaders**. Outcome Document, julho de 2007. Disponível em www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_agencies.html, acessado em 30 de setembro de 2008.
- 5 Parceria Internacional em Saúde. Disponível em <http://www.internationalhealthpartnership.net>, acessado em 15 de setembro de 2008.
- 6 Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda. **Paris Declaration on Aid Effectiveness**: Ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability. Paris, 28 de fevereiro – 2 de março de 2005; Terceiro Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda. **Accra Agenda for Action**. Accra, 2–4 de setembro de 2008.
- 7 Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, Escritório de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos e Banco Mundial. **Building a New Aid Relationship**: The Paris Declaration on Aid Effectiveness. Accra: Terceiro Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda, 2–4 de setembro 2008, p. 26.
- 8 Parceria pela Saúde Materna, Neonatal e Infantil. **A Global Call for G8 Leaders and Other Donors to Champion Maternal, Newborn and Child Health**. Genebra: World Health Organization, abril de 2008, p. 1–4.

⁹ **Toyako Framework for Action on Global Health**: Report of the G8 Health Experts Group. Tóquio, 8 de julho de 2008, p. 1–10.

¹⁰ Greco, Giulia, *et al.* Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006. **The Lancet**, v. 371, n. 9620, 12 de abril de 2008, p. 1268–1275.

CAPÍTULO 5 DESTAQUES

Trabalhando em conjunto pela saúde materna e neonatal

Organização Mundial da Saúde. **The Health of the People**: The African regional health report 2006. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2006, p. 19; The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. **Annual Report 2007**; Graham, Wendy J. **How Japan Reduced Maternal Mortality in One Generation**. Parceria pela Saúde Materna, Neonatal e Infantil. Disponível em www.who.int/pmnch/topics/maternal/japanexample/en/print.html, acessado em 30 de setembro de 2008.

Parcerias globais fundamentais em favor da saúde materna e neonatal

Informações extraídas de *sites* das agências parceiras, acessados em 30 de agosto de 2008.

Parcerias em favor de mães e recém-nascidos na República Centro-Africana

Informações fornecidas pelo UNICEF RCA.

Agências das Nações Unidas fortalecem sua colaboração em apoio à saúde materna e neonatal.

Organização Mundial da Saúde. **Accelerating Efforts to Save the Lives of Women and Newborns**. Declaração conjunta em nome de UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas, Banco Mundial e OMS, 25 de setembro de 2008; WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care. Disponível em www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf, acessado em 28 de outubro de 2008.

Aprimorando os sistemas de saúde: a Rede de Métricas de Saúde

Organização Mundial da Saúde, Health Metrics Network. **Framework and Standards for Country Health Information Systems**. Genebra: WHO, 2008, 2a edição, p. 5–8; *Site da Health Metrics Network* www.who.int/healthmetric/about/en, acessado em 30 de setembro de 2008.

TABELAS ESTATÍSTICAS

Estatísticas sociais e econômicas sobre países e territórios do mundo todo, com ênfase particular em dados relativos ao bem-estar da criança.

Nota geral sobre os dados	página 114
Explicações dos símbolos	página 116
Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	página 117
Resumo de indicadores.....	página 152
Medindo o desenvolvimento humano:	
Uma introdução à Tabela 10	página 153

TABELAS	
1	Indicadores básicospágina 118
2	Nutriçãopágina 122
3	Saúdepágina 126
4	HIV/aids.....página 130
5	Educaçãopágina 134
6	Indicadores demográficos.....página 138
7	Indicadores econômicospágina 142
8	Mulheres.....página 146
9	Proteção à criançapágina 150
10	Taxas de progressopágina 154

Nota geral sobre os dados

Os dados apresentados nas tabelas estatísticas a seguir foram calculados a partir de UNICEF Global Databases (Bancos de Dados Globais do UNICEF), que incluem apenas dados consistentes em termos estatísticos e comparáveis internacionalmente; esses dados estão acompanhados por definições, fontes e explicações dos símbolos. Sempre que possível, foram utilizados dados da agência das Nações Unidas responsável. Na ausência de tais estimativas internacionalmente padronizadas, as tabelas baseiam-se em outras fontes, principalmente em dados provenientes de levantamentos domiciliares nacionalmente representativos. Os dados apresentados neste relatório refletem informações disponíveis em 1º de julho de 2008. Informações mais detalhadas sobre metodologia e fontes dos dados apresentados estão disponíveis no *site* www.childinfo.org.

Vários indicadores, tais como dados sobre expectativa de vida, taxas totais de fertilidade, taxas brutas de natalidade e mortalidade, fazem parte do trabalho regular sobre estimativas e projeções realizado pela Divisão de População das Nações Unidas. Essas e outras estimativas produzidas internacionalmente são periodicamente revisadas, o que explica o fato de alguns desses dados diferirem daqueles encontrados em publicações anteriores do UNICEF. Este relatório inclui as estimativas e projeções mais recentes extraídas de *World Population Prospects 2006*.

A qualidade dos dados pode ser afetada de modo adverso para os países que sofreram recentemente desastres naturais ou provocados pelo homem. Essa probabilidade é maior especialmente nos países onde a infra-estrutura básica foi fragmentada ou onde houve migrações importantes.

Estimativas sobre mortalidade

A cada ano, sempre que possível, o UNICEF inclui no relatório *Situação Mundial da Infância* estimativas sobre mortalidade, tais como taxa de mortalidade de bebês, taxa de mortalidade e mortes de menores de 5 anos, para no mínimo dois anos de referência. Esses valores representam as melhores estimativas disponíveis até o momento em que o relatório foi produzido, e estão baseados no trabalho do Grupo Interagências para Estimativas sobre Mortalidade Infantil, que inclui UNICEF, Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial e Divisão de População da ONU. Esse grupo atualiza essas estimativas anualmente,

realizando uma revisão detalhada de todos os novos dados disponíveis. Algumas vezes, essa revisão resulta em ajustes nas estimativas anteriormente relatadas. Portanto, as estimativas publicadas em edições consecutivas do relatório *Situação Mundial da Infância* talvez não sejam comparáveis, e não devem ser utilizadas para analisar tendências de mortalidade ao longo do tempo. É importante observar que estimativas comparáveis sobre mortalidade de menores de 5 anos para o período de 1970, 1990 e o ano mais recente estão disponíveis na Tabela 10. Além disso, a série temporal completa para todos os países pode ser encontrada em www.childinfo.org, o *site* do Grupo Interagências para Estimativas sobre Mortalidade Infantil. Essa série está baseada nas estimativas mais recentes produzidas pelo Grupo Interagências para Estimativas sobre Mortalidade Infantil.

Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS)

Por meio das Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), há mais de uma década, o UNICEF vem apoiando os países na coleta de dados consistentes em termos estatísticos e comparáveis internacionalmente. Desde 1995, foram realizadas aproximadamente 200 pesquisas em cerca de 100 países; e a última rodada das pesquisas MICS foi realizada em mais de 50 países em 2005 e 2006, permitindo uma avaliação nova e mais abrangente da situação da criança e da mulher em todos os lugares do mundo. A próxima rodada de pesquisas MICS está planejada para 2009-2010.

As pesquisas MICS apoiadas pelo UNICEF e as Pesquisas de Demografia e Saúde situam-se entre as mais abrangentes pesquisas de dados para o acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e podem ser utilizadas para relatar 21 dos 53 indicadores dos ODM. Esses dados também são utilizados para acompanhar outros compromissos internacionais, tais como o Plano de ação de Um mundo para as crianças e os objetivos globais sobre aids e malária. Foram incorporados às Tabelas Estatísticas deste relatório e também foram utilizados como informações para as análises aqui apresentadas. Ver outras informações sobre esses dados no *site* www.childinfo.org.

Revisões

As revisões a seguir foram realizadas em relação a indicadores incluídos nas Tabelas Estatísticas deste ano.

Tabela 1. Indicadores básicos: a Tabela 1 apresenta estimativas sobre mortalidade infantil desenvolvidas pelo Grupo Interagências para Estimativas sobre Mortalidade Infantil. É importante observar que as taxas de mortalidade neonatal para 2004, conforme apresentadas nesta tabela, são produzidas pela OMS e não foram avaliadas formalmente pelo Grupo Interagências para Estimativas sobre Mortalidade Infantil. Portanto, essas estimativas talvez não sejam necessariamente consistentes com a estrutura etária de mortalidade infantil implícita nas estimativas de mortalidade de bebês e de menores de 5 anos de idade para 2007. Além disso, estimativas sobre mortalidade infantil para 12 países na África Oriental e Meridional – África do Sul, Botsuana, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Suazilândia, Uganda, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue – foram revisadas para refletir as estimativas da Unids sobre mortes infantis causadas pela aids. Essas estimativas da Unids são produzidas com base em informações relatadas não apenas para prevalência de HIV, mas também para os esforços recentes em relação à prevenção e ao tratamento de HIV e aids. Ver explicação mais detalhada sobre esses métodos de estimativas em www.childmortality.org.

Tabela 2. Nutrição: A prevalência de baixo peso, marasmo e retardo de crescimento entre crianças menores de 5 anos de idade é estimada por meio da comparação de medidas reais e uma população referência de padrão internacional. Em abril de 2006, a Organização Mundial da Saúde publicou o WHO Child Growth Standards (Padrão Internacional de Crescimento Infantil) em substituição à amplamente utilizada população referência do Centro Nacional para Estatísticas de Saúde/OMS, que se baseava em uma amostra limitada de crianças dos Estados Unidos. Os novos padrões são resultado de um projeto de estudos intensivos, envolvendo mais de oito mil crianças do Brasil, dos Estados Unidos, de Gana, da Índia, da Noruega e de Omã. Superando os revezes técnicos e biológicos da referência etária, os novos padrões confirmam que crianças nascidas em qualquer lugar do mundo, e que têm um início de vida favorável, têm potencial para se desenvolver dentro da mesma faixa de peso e altura. Em outras palavras, as diferenças no crescimento da criança aos 5 anos são mais influenciáveis por nutrição, práticas de alimentação, ambiente e cuidados de saúde do que por genética e etnia.

Este é o primeiro ano que a Tabela 2 inclui estimativas de baixo peso de acordo com o novo “Padrão Internacional de Crescimento Infantil da OMS”. É importante observar que devido às diferenças entre a população referência utilizada anteriormente e os novos padrões, as estimativas de prevalência de indicadores de antropometria infantil com base nessas duas referências não são comparáveis de imediato.

Tabela 4. HIV e aids: Em agosto de 2008, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unids) e a OMS publicaram novas estimativas globais sobre HIV e aids para 2007, calculadas utilizando uma metodologia mais refinada e que refletem a disponibilidade de dados mais confiáveis provenientes de pesquisas baseadas na população e em sistemas ampliados de vigilância nacional existentes em inúmeros países.

Diferenças entre as novas estimativas da Unids e da OMS para prevalência de HIV entre adultos, adultos e crianças que vivem com HIV e crianças órfãs devido à aids para 2007 são, em sua maioria, menos acentuadas do que as estimativas publicadas em relatórios anteriores. Os valores publicados neste relatório não são comparáveis às estimativas anteriores e, portanto, não refletem tendências ao longo do tempo. A Unids publicou estimativas comparáveis por meio da aplicação dos novos métodos às estimativas anteriores sobre HIV e aids, que podem ser acessadas no *site* www.unaids.org.

Tabela 5. Educação: A taxa de sobrevivência até a 5ª série (porcentagem de ingressantes na escola primária que chegam à 5ª série) foi substituída pela taxa de sobrevivência até a última série da escola primária (porcentagem de crianças que ingressam na primeira série da escola primária que devem chegar à última série). A taxa de sobrevivência até a última série substituiu a taxa de sobrevivência até a 5ª série e, em janeiro de 2008, tornou-se um indicador oficial para o segundo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (educação primária universal).

Tabela 7. Indicadores Econômicos: O Banco Mundial anunciou recentemente uma nova linha de pobreza, baseada em estimativas revisadas dos índices de preços em relação à Paridade de Poder de Compra (PPC) em todo o mundo. A Tabela 7 reflete essa linha de pobreza atualizada, relatando, desse modo, a proporção da

Nota geral sobre os dados (continuação)

população que vive com menos de US\$1,25 por dia, a preços de 2005, ajustados por paridade de poder de compra. O novo limite de pobreza reflete revisões nas taxas de câmbio relativas à paridade de poder de compra, baseadas nos resultados do Programa de Comparações Internacionais de 2005. As revisões revelam que o custo de vida é mais alto nos países em desenvolvimento do que previamente estimado. Como resultado dessas revisões, as taxas de pobreza para países em termos individuais não podem ser comparadas com taxas de pobreza relatadas em edições anteriores deste relatório. Ver informações mais detalhadas sobre definição, metodologia e fontes dos dados apresentados no *site* www.worldbank.org.

Tabela 8. Mulheres: Além de apresentar a proporção de mulheres atendidas por agente de saúde capacitado no mínimo uma vez durante a gestação, a tabela deste ano apresenta a proporção de mulheres atendidas no mínimo quatro vezes por algum provedor. Os dois indicadores de

atendimento pré-natal fazem parte de uma estrutura revisada de acompanhamento elaborada para o ODM 5, que entrou em vigor em janeiro de 2008 sob uma nova meta: alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva.

Tabela 9. Proteção Infantil: dados sobre deficiência infantil são calculados a partir de levantamentos domiciliares, e o indicador é definido como a proporção de crianças entre 2 e 9 anos de idade que apresentaram resultados positivos para no mínimo um tipo de deficiência (por exemplo, cognitiva, motora, visual, auditiva ou que tenham convulsões). Questões sobre deficiência infantil são dirigidas aos progenitores ou ao cuidador da criança, que devem fornecer uma avaliação do desenvolvimento físico e mental da criança e seu funcionamento. Em junho de 2008, foi modificada a metodologia utilizada para calcular essas estimativas utilizada pelas pesquisas MICS. Anteriormente, as estimativas eram calculadas com base em 9 das 10 questões sobre deficiência, apresentadas pelo MICS.

Explicação dos símbolos

Uma vez que o objetivo destas Tabelas Estatísticas é fornecer um quadro amplo da situação da criança e da mulher em todas as partes do mundo, a inclusão de dados específicos e de notas de rodapé foi considerada inadequada para esta seção. Fontes e anos relativos a dados específicos incluídos nas tabelas estatísticas estão disponíveis em www.childinfo.org.

Símbolos específicos para uma tabela em particular estão incluídos nas notas de rodapé da própria tabela. Os símbolos apresentados a seguir são comuns a todas as tabelas:

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos das médias regionais ou globais.
- y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados estão incluídos no cálculo de médias regionais e globais.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- § Inclui territórios e países dentro de cada categoria de país ou grupo regional. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

Classificação por mortalidade de menores de 5 anos

A lista a seguir apresenta os países e territórios classificados em ordem decrescente de sua taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) estimada para 2007, um indicador crítico do bem-estar da criança.

Nas tabelas a seguir, os países e territórios são apresentados em ordem alfabética.

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2007)			Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2007)			Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2007)		
	Valor	Classificação		Valor	Classificação		Valor	Classificação
Serra Leoa	262	1	Mongólia	43	67	Uruguai	14	132
Afganistão	257	2	Uzbequistão	41	68	Bahamas	13	134
Chade	209	3	Botsuana	40	69	Bielo-Rússia	13	134
Guiné Equatorial	206	4	Micronésia	40	69	Seicheles	13	134
Guiné-Bissau	198	5	Azerbaijão	39	71	Barbados	12	137
Mali	196	6	Guatemala	39	71	Bulgária	12	137
Burquina Fasso	191	7	Quirguistão	38	73	Omã	12	137
Nigéria	189	8	República Dominicana	38	73	Antígua e Barbuda	11	140
Ruanda	181	9	Argélia	37	75	Costa Rica	11	140
Burundi	180	10	Tuvalu	37	75	Dominica	11	140
Níger	176	11	Egito	36	77	Kuait	11	140
Rep. Centro-Africana	172	12	México	35	78	Malásia	11	140
Zâmbia	170	13	Nicarágua	35	78	Barein	10	145
Moçambique	168	14	Trinidad e Tobago	35	78	Montenegro	10	145
Rep. Dem. do Congo	161	15	Marrocos	34	81	Palau	10	145
Angola	158	16	Vanuatu	34	81	Brunei	9	148
Guiné	150	17	Irã	33	83	Chile	9	148
Camarões	148	18	Cabo Verde	32	84	Letônia	9	148
Somália	142	19	Cazaquistão	32	84	Emirados Árabes Unidos	8	151
Libéria	133	20	Indonésia	31	86	Eslováquia	8	151
Uganda	130	21	Jamaica	31	86	Estados Unidos	8	151
Costa do Marfim	127	22	Geórgia	30	88	Lituânia	8	151
Djibuti	127	22	Maldivas	30	88	Sérvia	8	151
Congo	125	24	Nauru	30	88	Cuba	7	156
Benin	123	25	Libano	29	91	Hungria	7	156
Quênia	121	26	Paraguai	29	91	Polônia	7	156
Etiópia	119	27	Suriname	29	91	Tailândia	7	156
Mauritânia	119	27	Filipinas	28	94	Austrália	6	160
Tanzânia	116	29	Samoa	27	95	Canadá	6	160
Gana	115	30	Territórios Palestinos	27	95	Croácia	6	160
Senegal	114	31	Arábia Saudita	25	97	Estônia	6	160
Madagascar	112	32	Belize	25	97	Nova Zelândia	6	160
Malawi	111	33	Armênia	24	99	Reino Unido	6	160
Gâmbia	109	34	El Salvador	24	99	Bélgica	5	166
Sudão	109	34	Honduras	24	99	Chipre	5	166
Mianmá	103	36	Jordânia	24	99	Coreia do Norte	5	166
Togo	100	37	Ucrânia	24	99	Holanda	5	166
São Tomé e Príncipe	99	38	Panamá	23	104	Israel	5	166
Timor-Leste	97	39	Tonga	23	104	Malta	5	166
Camboja	91	40	Turquia	23	104	Suíça	5	166
Gabão	91	40	Brasil	22	107	Alemanha	4	173
Suazilândia	91	40	China	22	107	Áustria	4	173
Paquistão	90	43	Equador	22	107	Dinamarca	4	173
Zimbábue	90	43	Sri Lanka	21	110	Eslovênia	4	173
Butão	84	45	Tunísia	21	110	Espanha	4	173
Lesoto	84	45	Colômbia	20	112	Finlândia	4	173
Haiti	76	47	Peru	20	112	França	4	173
Iêmen	73	48	Granada	19	114	Grécia	4	173
Índia	72	49	São Vicente e Granadinas	19	114	Irlanda	4	173
Eritreia	70	50	Venezuela	19	114	Itália	4	173
Ilhas Salomão	70	50	Fiji	18	117	Japão	4	173
Laos	70	50	Ilhas Cook	18	117	Mônaco	4	173
Namíbia	68	53	Líbia	18	117	Noruega	4	173
Tadjiquistão	67	54	Moldova	18	117	Portugal	4	173
Comores	66	55	Santa Lúcia	18	117	República Checa	4	173
Papua Nova Guiné	65	56	São Cristóvão e Névis	18	117	San Marino	4	173
Quiribati	63	57	Macedônia	17	123	Andorra	3	189
Bangladesh	61	58	Síria	17	123	Cingapura	3	189
Guiana	60	59	Argentina	16	125	Islândia	3	189
África do Sul	59	60	Albânia	15	126	Liechtenstein	3	189
Bolívia	57	61	Catar	15	126	Luxemburgo	3	189
Coreia do Norte	55	62	Maurício	15	126	Suécia	3	189
Nepal	55	62	Romênia	15	126	Niue	—	
Ilhas Marshall	54	64	Rússia	15	126	Santa Sé	—	
Turcomenistão	50	65	Vietnã	15	126			
Iraque	44	66	Bósnia e Herzegovina	14	132			

TABELA 1. INDICADORES BÁSICOS

Países e territórios	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2004	População total (milhares) 2007	Número anual de nascimentos (milhares) 2007	Número anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2007	RNB per capita (US\$) 2007	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2007	Taxa total de alfabetização de adultos 2000–2007*	Razão líquida de matrícula/frequência na escola primária (%) 2000–2007*	Proporção de renda familiar (%) 1995–2005*	
		1990	2007	1990	2007									mais baixa 40%	mais alta 20%
Afganistão	2	260	257	168	165	60	27145	1314	338	250x	44	28	61	–	–
África do Sul	60	64	59	49	46	17	48577	1092	64	5760	50	88	88	10	62
Albânia	126	46	15	37	13	9	3190	52	1	3290	76	99	94	21	40
Alemanha	173	9	4	7	4	3	82599	678	3	38860	79	–	98	22	37
Andorra	189	6	3	5	3	2	75	0	0	d	–	–	83	–	–
Angola	16	258	158	150	116	54	17024	810	128	2560	42	67	58s	–	–
Antígua e Barbuda	140	–	11	–	10	8	85	0	0	11520	–	–	–	–	–
Arábia Saudita	97	44	25	35	20	11	24735	618	15	15440	73	85	–	–	–
Argélia	75	69	37	54	33	22	33858	704	26	3620	72	75	95	19	43
Argentina	125	29	16	25	15	10	39531	693	11	6050	75	98	99	11	55
Armênia	99	56	24	48	22	18	3002	37	1	2640	72	100	99s	21	43
Austrália	160	9	6	8	5	3	20743	256	2	35960	81	–	96	18x	41x
Áustria	173	9	4	8	4	3	8361	77	0	42700	80	–	97	22	38
Azerbaijão	71	98	39	78	34	35	8467	134	5	2550	67	99	73s	19	45
Bahamas	134	29	13	22	12	5	331	6	0	15730x	73	–	88	–	–
Bangladesh	58	151	61	105	47	36	158665	3998	244	470	64	54	81s	21	43
Barbados	137	17	12	15	11	8	294	3	0	d	77	–	96	–	–
Barein	145	19	10	15	9	4	753	13	0	19350	76	89	98	–	–
Bélgica	166	10	5	9	4	2	10457	109	1	40710	79	–	97	22	41
Belize	97	43	25	35	22	17	288	7	0	3800	76	–	97	–	–
Benin	25	184	123	111	78	36	9033	365	45	570	56	41	67s	19	45
Bielo-Rússia	134	24	13	20	12	3	9689	91	1	4220	69	100	89	23	37
Bolívia	61	125	57	89	48	24	9525	263	15	1260	65	90	78s	7	63
Bósnia e Herzegovina	132	22	14	18	13	10	3935	34	0	3580	75	97	91s	19	43
Botsuana	69	57	40	45	33	46	1882	47	2	5840	50	83	84	9x	65x
Brasil	107	58	22	49	20	13	191791	3706	82	5910	72	91	94	9	61
Brunei	148	11	9	10	8	4	390	8	0	26930x	77	95	94	–	–
Bulgária	137	18	12	15	10	7	7639	68	1	4590	73	98	92	22	38
Burquina Fasso	7	206	191	112	104	32	14784	654	125	430	52	29	47	18	47
Burundi	10	189	180	113	108	41	8508	399	72	110	49	59	75	15	48
Butão	45	148	84	91	56	30	658	12	1	1770	66	56	70s	–	–
Cabo Verde	84	60	32	45	24	9	530	15	0	2430	72	84	88	–	–
Camarões	18	139	148	85	87	30	18549	649	96	1050	50	68	84s	15	51
Camboja	40	119	91	87	70	48	14444	382	35	540	59	76	90	17	50
Canadá	160	8	6	7	5	3	32876	340	2	39420	81	–	100	20	40
Catar	126	26	15	20	12	4	841	14	0	12000x	76	90	94	–	–
Cazaquistão	84	60	32	51	28	32	15422	297	10	5060	67	100	98s	19	42
Chade	3	201	209	120	124	42	10781	492	103	540	51	26	36s	–	–
Chile	148	21	9	18	8	5	16635	250	2	8350	79	97	–	11	60
China	107	45	22	36	19	18	1328630	17374	382	2360	73	93	99	13	52
Chipre	166	11	5	9	3	2	855	10	0	24940	79	98	99	–	–
Cingapura	189	8	3	6	2	1	4436	37	0	32470	80	94	–	14	49
Colômbia	112	35	20	28	17	13	46156	876	18	3250	73	94	89	10	61
Comores	55	120	66	88	49	25	839	28	2	680	65	75	73	–	–
Congo	24	104	125	67	79	30	3768	133	17	1540	55	87	86s	–	–
Coreia do Norte	62	55	55	42	42	22	23790	317	17	a	67	–	–	–	–
Coreia do Sul	166	9	5	8	4	4	48224	448	2	19690	79	–	98	22	38
Costa do Marfim	22	151	127	104	89	64	19262	687	87	910	48	49	62s	14	51
Costa Rica	140	18	11	16	10	8	4468	80	1	5560	79	96	92	13	53
Croácia	160	13	6	11	5	5	4555	41	0	10460	76	99	90	22	38
Cuba	156	13	7	11	5	4	11268	118	1	c	78	100	97	–	–
Dinamarca	173	9	4	7	4	3	5442	62	0	54910	78	–	96	23	36
Djibuti	22	175	127	116	84	45	833	24	3	1090	55	–	79s	–	–
Dominica	140	18	11	14	9	10	67	0	0	4250	–	–	77	–	–
Egito	77	93	36	68	30	17	75498	1840	66	1580	71	72	96	22	42
El Salvador	99	60	24	47	21	12	6857	158	4	2850	72	86	94	10	56
Emirados Árabes Unidos	151	15	8	13	7	4	4380	71	1	26210x	79	90	88	–	–
Equador	107	57	22	43	20	13	13341	283	6	3080	75	93	97	11	58
Eritreia	50	147	70	88	46	21	4851	191	13	230	58	–	47	–	–
Eslováquia	151	15	8	13	7	4	5390	53	0	11730	75	–	92	24	35
Eslovênia	173	11	4	9	3	2	2002	18	0	20960	78	100	95	21	40
Espanha	173	9	4	7	4	2	44279	476	2	29450	81	97	100	19	42
Estados Unidos	151	11	8	9	7	4	305826	4281	34	46040	78	–	92	16	46

	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2004	População total (milhares) 2007	Número anual de nascimentos (milhares) 2007	Número anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2007	RNB per capita (US\$) 2007	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2007	Taxa total de alfabetização de adultos 2000-2007*	Razão líquida de matrícula/ frequência na escola primária (%) 2000-2007*	Proporção de renda familiar (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									mais baixa 40%	mais alta 20%
Estônia	160	18	6	14	4	4	1335	14	0	13200	71	100	94	19	43
Etiópia	27	204	119	122	75	41	83099	3201	381	220	53	36	45s	22	39
Fiji	117	22	18	19	16	10	839	18	0	3800	69	—	91	—	—
Filipinas	94	62	28	43	23	15	87960	2295	64	1620	72	93	91	15	51
Finlândia	173	7	4	6	3	2	5277	58	0	44400	79	—	97	24	37
França	173	9	4	7	4	2	61647	758	3	38500	81	—	99	20	40
Gabão	40	92	91	60	60	31	1331	34	3	6670	57	86	94s	—	—
Gâmbia	34	153	109	104	82	44	1709	60	7	320	59	—	62	14	53
Gana	30	120	115	76	73	43	23478	703	81	590	60	65	72	16	47
Geórgia	88	47	30	41	27	25	4395	48	1	2120	71	—	95s	16	47
Granada	114	37	19	30	15	11	106	2	0	4670	69	—	84	—	—
Grécia	173	11	4	9	4	3	11147	103	0	29630	79	97	100	19	42
Guatemala	71	82	39	60	29	19	13354	449	18	2440	70	73	94	12	54
Guiana	59	88	60	64	45	22	738	13	1	1300	66	—	96s	—	—
Guiné	17	231	150	137	93	39	9370	377	57	400	56	30	51s	18	46
Guiné-Bissau	5	240	198	142	118	47	1695	84	17	200	46	65	54s	14x	53x
Guiné Equatorial	4	170	206	103	124	47	507	20	4	12860	51	87	61s	—	—
Haiti	47	152	76	105	57	32	9598	270	21	560	61	62	50s	9	63
Holanda	166	8	5	7	4	3	16419	184	1	45820	80	—	98	21	39
Honduras	99	58	24	45	20	17	7106	200	5	1600	70	83	79s	11	58
Hungria	156	17	7	15	6	5	10030	93	1	11570	73	99	88	22	39
Iêmen	48	127	73	90	55	41	22389	860	63	870	62	59	75	19	45
Ilhas Cook	117	32	18	26	16	10	13	0	0	—	—	—	74	—	—
Ilhas Marshall	64	92	54	63	49	24	59	0	0	3070	—	—	66	—	—
Ilhas Salomão	50	121	70	86	53	23	496	15	1	730	63	—	62	—	—
Índia	49	117	72	83	54	39	1169016	27119	1953	950	64	66	83s	19	45
Indonésia	86	91	31	60	25	17	231627	4386	136	1650	70	91	96	18	47
Irã	83	72	33	54	29	19	71208	1441	48	3470	71	85	94	17	45
Iraque	66	53	44	42	36	63	28993	935	41	2170x	59	74	89	—	—
Irlanda	173	9	4	8	4	4	4301	67	0	48140	79	—	95	20	42
Islândia	189	7	3	5	2	1	301	4	0	54100	82	—	98	—	—
Israel	166	12	5	10	4	3	6928	137	1	21900	81	—	97	16	45
Itália	173	10	4	8	3	3	58877	539	2	33540	81	99	99	19	42
Jamaica	86	33	31	28	26	10	2714	55	2	3710	72	86	97s	15	52
Japão	173	6	4	5	3	1	127967	1070	4	37670	83	—	100	25x	36x
Jordânia	99	40	24	33	21	16	5924	154	4	2850	72	93	90	18	46
Kuait	140	15	11	13	9	7	2851	51	1	31640	78	94	84	—	—
Laos	50	163	70	120	56	30	5859	157	11	580	64	73	84	20	43
Lesoto	45	102	84	81	68	52	2008	59	5	1000	42	82	85s	6	67
Letônia	148	17	9	13	7	6	2277	21	0	9930	73	100	90	19	43
Libano	91	37	29	32	26	19	4099	74	2	5770	72	—	82	—	—
Libéria	20	205	133	138	93	66	3750	189	25	150	45	56	40	—	—
Líbia	117	41	18	35	17	11	6160	145	3	9010	74	87	—	—	—
Liechtenstein	189	10	3	9	2	—	35	0	0	d	—	—	88	—	—
Lituânia	151	16	8	12	7	5	3390	30	0	9920	73	100	89	19	43
Luxemburgo	189	9	3	8	2	3	467	5	0	75880	79	—	97	—	—
Macedônia	123	38	17	33	15	9	2038	22	0	3460	74	97	92	17	46
Madagascar	32	168	112	103	70	41	19683	722	81	320	59	71	76s	13	54
Malásia	140	22	11	16	10	5	26572	555	6	6540	74	92	100	13	54
Malauí	33	209	111	124	71	26	13925	573	64	250	48	72	91	18	47
Maldivas	88	111	30	79	26	24	306	7	0	3200	68	97	97	—	—
Mali	6	250	196	148	117	54	12337	595	117	500	54	23	61	16	47
Malta	166	11	5	10	4	3	407	4	0	15310	79	92	91	—	—
Marrocos	81	89	34	69	32	24	31224	641	22	2250	71	56	88	17	47
Maurício	126	24	15	21	13	9	1262	19	0	5450	73	87	95	—	—
Mauritânia	27	130	119	81	75	40	3124	102	12	840	64	56	57s	17	46
México	78	52	35	42	29	11	106535	2088	73	8340	76	92	98	13	55
Mianmá	36	130	103	91	74	49	48798	891	92	220x	62	90	84s	—	—
Micronésia	69	58	40	45	33	11	111	3	0	2470	68	—	92	—	—
Moçambique	14	201	168	135	115	35	21397	855	144	320	42	44	60s	15	54
Moldova	117	37	18	30	16	12	3794	43	1	1260	69	99	88	20	41
Mônaco	173	9	4	7	3	2	33	0	0	d	—	—	—	—	—
Mongólia	67	98	43	71	35	18	2629	49	2	1290	67	97	97s	20	41

TABELA 1. INDICADORES BÁSICOS

Países e territórios	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2004	População total (milhares) 2007	Número anual de nascimentos (milhares) 2007	Número anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2007	RNB per capita (US\$) 2007	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2007	Taxa total de alfabetização de adultos 2000-2007*	Razão líquida de matrícula/frequência na escola primária (%) 2000-2007*	Proporção de renda familiar (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									mais baixa 40%	mais alta 20%
Montenegro	145	16	10	14	9	9	598	8	0	5180	74	—	97s	—	—
Namíbia	53	87	68	57	47	20	2074	53	4	3360	52	88	91s	4x	79x
Nauru	88	—	30	—	25	14	10	0	0	—	—	—	60	—	—
Nepal	62	142	55	99	43	32	28196	796	44	340	64	57	84s	15	55
Nicarágua	78	68	35	52	28	16	5603	140	5	980	73	81	90	15	49
Níger	11	304	176	143	83	41	14226	701	123	280	57	30	38s	10	53
Nigéria	8	230	189	120	97	47	148093	5959	1126	930	47	72	63	15	49
Niue	—	—	—	—	16	2	0	—	—	—	—	90	—	—	—
Noruega	173	9	4	7	3	2	4698	56	0	76450	80	—	98	24	37
Nova Zelândia	160	11	6	9	5	3	4179	57	0	28780	80	—	99	18	44
Omã	137	32	12	25	11	5	2595	58	1	11120	76	84	74	—	—
Palau	145	21	10	18	9	13	20	0	0	8210	—	—	96	—	—
Panamá	104	34	23	27	18	11	3343	70	2	5510	75	93	99	9	60
Papua Nova Guiné	56	94	65	69	50	32	6331	190	12	850	57	58	—	12	57
Paquistão	43	132	90	102	73	53	163902	4446	400	870	65	55	56s	22	41
Paraguai	91	41	29	34	24	12	6127	153	4	1670	72	94	94	9	62
Peru	112	78	20	58	17	11	27903	584	12	3450	71	91	96	11	57
Polônia	156	17	7	15	6	5	38082	360	3	9840	76	99	96	19	43
Portugal	173	15	4	11	3	3	10623	112	0	18950	78	95	98	17	46
Quênia	26	97	121	64	80	34	37538	1479	179	680	53	74	76	16	49
Quirguistão	73	74	38	62	34	30	5317	115	4	590	66	99	92s	22	39
Quiribati	57	88	63	65	46	25	95	0	0	1170	—	—	97	—	—
Reino Unido	160	9	6	8	5	3	60769	722	4	42740	79	—	98	18	44
Rep. Centro-Africana	12	171	172	113	113	52	4343	158	27	380	44	49	59s	7x	65x
República Checa	173	12	4	10	3	2	10186	93	0	14450	76	—	93	25	36
Rep. Dem. do Congo	15	200	161	127	108	47	62636	3118	502	140	46	67	52s	—	—
República Dominicana	73	66	38	53	31	18	9760	231	9	3550	72	89	78	12	55
Romênia	126	32	15	25	13	10	21438	211	3	6150	72	98	93	21	40
Ruanda	9	195	181	117	109	48	9725	435	79	320	46	65	86s	14	53
Rússia	126	27	15	23	13	7	142499	1515	23	7560	65	100	91	17	47
Samoa	95	50	27	40	22	14	187	5	0	2430	71	99	90	—	—
San Marino	173	13	4	12	4	2	31	0	0	45130	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	117	21	18	16	14	11	165	3	0	5530	74	—	98	—	—
Santa Sé	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	117	36	18	30	16	11	50	1	0	9630	—	—	71	—	—
São Tomé e Príncipe	38	101	99	65	64	38	158	5	0	870	65	88	98	—	—
São Vicente e Granadinas	114	22	19	18	17	13	120	2	0	4210	71	—	90	—	—
Seicheles	134	19	13	17	12	7	87	3	0	8960	—	92	99	—	—
Senegal	31	149	114	72	59	35	12379	439	50	820	63	43	58s	17	48
Serra Leoa	1	290	262	169	155	56	5866	268	70	260	42	38	69s	17	47
Sérvia	151	—	8	—	7	9	9858	127	1	4730	74	—	95	21	38
Síria	123	37	17	30	15	7	19929	535	9	1760	74	83	95	—	—
Somália	19	203	142	121	88	49	8699	377	54	140x	48	—	22s	—	—
Sri Lanca	110	32	21	26	17	8	19299	292	6	1540	72	92	98	18	48
Suazilândia	40	96	91	70	66	40	1141	33	3	2580	40	80	84s	13	56
Sudão	34	125	109	79	69	27	38560	1230	134	960	58	61	54s	—	—
Suécia	189	7	3	6	3	2	9119	102	0	46060	81	—	95	23	37
Suíça	166	8	5	7	4	3	7484	69	0	59880	82	—	89	20	41
Suriname	91	51	29	41	27	17	458	9	0	4730	70	90	96	—	—
Tadjiquistão	54	117	67	91	57	38	6736	186	12	460	67	100	89s	20	42
Tailândia	156	31	7	26	6	9	63884	932	7	3400	70	94	94	16	49
Tanzânia	29	157	116	96	73	35	40454	1600	186	400	52	72	73s	19	42
Territórios Palestinos	95	38	27	33	24	—	4017	145	4	1230	73	93	76	—	—
Timor-Leste	39	184	97	138	77	29	1155	48	5	1510	61	—	75s	—	—
Togo	37	150	100	89	65	39	6585	245	25	360	58	53	80	—	—
Tonga	104	32	23	26	19	12	100	3	0	2320	73	99	96	—	—
Trinidad e Tobago	78	34	35	30	31	10	1333	20	1	14100	70	99	98s	17x	45x
Tunísia	110	52	21	41	18	13	10327	173	4	3200	74	78	96	16	47
Turcomenistão	65	99	50	81	45	37	4965	109	5	b	63	100	99s	16	48
Turquia	104	82	23	67	21	16	74877	1381	32	8020	72	89	91	15	50
Tuvalu	75	53	37	42	30	21	11	0	0	—	—	—	100	—	—
Ucrânia	99	25	24	22	20	7	46205	419	10	2550	68	100	97s	23	37
Uganda	21	175	130	106	82	30	30884	1445	188	340	51	74	82s	15	53
Uruguai	132	25	14	21	12	7	3340	51	1	6380	76	98	100	14	51

	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2004	População total (milhares) 2007	Número anual de nascimentos (milhares) 2007	Número anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2007	RNB per capita (US\$) 2007	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2007	Taxa total de alfabetização de adultos 2000–2007*	Razão líquida de matrícula/frequência na escola primária (%) 2000–2007*	Proporção de renda familiar (%) 1995–2005*	
		1990	2007	1990	2007									mais baixa 40%	mais alta 20%
Uzbequistão	68	74	41	61	36	26	27372	623	26	730	67	97	100s	19	45
Vanuatu	81	62	34	48	28	18	226	7	0	1840	70	78	87	–	–
Venezuela	114	32	19	27	17	11	27657	597	11	7320	74	93	91	12	52
Vietnã	126	56	15	40	13	12	87375	1653	25	790	74	90x	95	18	45
Zâmbia	13	163	170	99	103	40	11922	473	80	800	42	68x	57s	12	55
Zimbábue	43	95	90	62	59	36	13349	373	34	340	43	91	88	13	56

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	186	148	109	89	41	767218	30323	4480	965	50	62	64	13	54
África Oriental e Meridional	165	123	101	80	36	378926	14268	1761	1245	50	65	68	12	58
África Ocidental e Central	206	169	116	97	45	388292	16056	2719	698	50	60	60	16	48
Oriente Médio e Norte da África	79	46	58	36	25	389176	9726	445	3666	69	75	86	18	45
Ásia Meridional	125	78	89	59	41	1567187	37986	2985	889	64	63	80	19	46
Leste da Ásia e Pacífico	56	27	42	22	18	1984273	29773	799	2742	72	93	97	16	46
América Latina e Caribe	55	26	44	22	13	566646	11381	302	5628	73	91	93	11	56
ECO/CEI	53	25	44	22	16	405992	5560	138	5686	68	97	93	20	42
Países industrializados ^s	10	6	8	5	3	974913	11021	66	38579	79	–	96	20	40
Países em desenvolvimento ^s	103	74	71	51	31	5432837	122266	9109	2405	67	79	83	15	50
Países menos desenvolvidos ^s	179	130	112	84	40	804450	29076	3775	491	55	57	65	15	50
Mundial	93	68	64	47	28	6655406	135770	9216	7952	68	81	85	19	42

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos – Probabilidade de morte entre o nascimento e exatamente 5 anos de idade, por mil nascidos vivos.

Taxa de mortalidade de bebês – Probabilidade de morte entre o nascimento e 1 ano de idade, por mil nascidos vivos.

Taxa de mortalidade neonatal – Probabilidade de morte durante os primeiros 28 dias completos de vida, por mil nascidos vivos.

RNB per capita – Renda Nacional Bruta (RNB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores nacionais, acrescido de todos os impostos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção, mais as receitas líquidas de rendas primárias (pagamento de empregados e rendas de propriedades) provenientes de fontes externas. O RNB per capita é a renda nacional bruta dividida pela população na metade do ano. A RNB per capita é convertida em dólares americanos pelo método Atlas do Banco Mundial.

Expectativa de vida ao nascer – O número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte prevalentes para aquela amostragem da população no momento de seu nascimento.

Taxa de alfabetização de adultos – Número de indivíduos a partir de 15 anos de idade alfabetizados como porcentagem da população total nesse grupo etário.

Razão líquida de matrícula/frequência na escola primária – Número de indivíduos matriculados ou que frequentam a escola primária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos em idade escolar. O indicador expressa tanto a razão líquida de matrículas na escola primária como a razão líquida de frequência na escola primária. De maneira geral, quando os dois indicadores estão disponíveis, é preferível a razão líquida de matrículas na escola primária, a não ser que os dados sobre frequência na escola primária sejam considerados de qualidade superior. As definições de razão líquida de matrícula na escola primária e de razão líquida de frequência na escola primária são encontradas na Tabela 5, página 134.

Distribuição de renda – Porcentagem de renda recebida pela parcela de 20% das famílias de renda mais alta e pela parcela de 40% das famílias de renda mais baixa.

FONTES PRINCIPAIS

Taxas de mortalidade de menores de 5 anos e de bebês – UNICEF, Organização Mundial da Saúde, Divisão de População das Nações Unidas e Divisão de Estatísticas das Nações Unidas.

Taxa de mortalidade neonatal – Organização Mundial da Saúde, utilizando sistemas de registro de pessoas naturais e levantamentos domiciliares.

População total – Divisão de População das Nações Unidas.

Nascimentos – Divisão de População das Nações Unidas.

Mortes de menores de 5 anos – UNICEF.

RNB per capita – Banco Mundial.

Expectativa de vida – Divisão de População das Nações Unidas.

Alfabetização de adultos – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE), incluindo a avaliação de 2000 do programa Educação para Todos.

Matrícula/frequência escolar – IUE, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS).

Renda familiar – Banco Mundial.

NOTAS

a: baixa renda (US\$935 ou menos).

b: renda média-baixa (US\$936 a US\$3.705).

c: renda média-alta (US\$3.706 a US\$11.455).

d: alta renda (US\$11.456 ou mais).

– Dados não disponíveis.

x Dados referentes a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

s Dados de levantamento domiciliar nacional.

* Dados referentes ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.

TABELA 2. NUTRIÇÃO

Países e territórios	% de menores de 5 anos (2000-2007*) sofrendo de:									Taxa de cobertura de suplementação com vitamina A (6-59 meses) 2007		% de famílias que consomem sal iodado 2000-2007*
	% de bebês com baixo peso ao nascer 2000-2007*	% de crianças (2000-2007*) alimentadas:			baixo peso ¹ (pop. ref. da OMS)	baixo peso ¹ (CNES/OMS)		marasmo ¹ (CNES/OMS)	retardo de crescimento ¹ (CNES/OMS)			
		exclusivamente com leite materno (<6 meses)	com leite materno e complementação (6-9 meses)	ainda com leite materno (20-23 meses)		moderado e grave	moderado e grave			grave		
											moderado e grave	
Afganistão	—	—	29	54	33y	39y	12y	7y	54y	94	92	28
África do Sul	15x	7	46	—	10x	12x	2x	3x	25x	—	—	62x
Albânia	7	40	69	22	6	8	1	7	22	—	—	60
Alemanha	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Andorra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angola	12	11	77	37	26	31	8	6	45	36	36	35
Antígua e Barbuda	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arábia Saudita	11x	31x	60x	30x	—	14x	3x	11x	20x	—	—	—
Argélia	6	7	39	22	3	4	1	3	11	—	—	61
Argentina	7	—	—	28	2y	4y	—	1y	4y	—	—	90x
Armênia	8	33	57	15	4	4	0	5	13	—	—	97
Austrália	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Áustria	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Azerbaijão	12	12	44	16	8	10	2	5	21	95	95w	54
Bahamas	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	22	37	52	89	41	46	—	16	36	95	94	84
Barbados	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Barein	8x	34x	65x	41x	—	9x	2x	5x	10x	—	—	—
Bélgica	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belize	8	10	—	27	—	6	1	1	18	—	—	90x
Benin	15	43	72	57	18	23	5	7	38	73	73	55
Bielo-Rússia	4	9	38	4	1	1	0	1	3	—	—	55
Bolívia	7	54	74	46	5	8	1	1	27	—	—	90
Bósnia e Herzegovina	5	18	29	10	1	2	0	3	7	—	—	62
Botsuana	10	34	57	11	11	13	2	5	23	—	—	66
Brasil	8	—	30x	17x	4	5	—	—	—	—	—	88
Brunei	10x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bulgária	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100
Burquina Fasso	16	7	50	85	32	37	14	23	35	95	73	34
Burundi	11	45	88	—	35	39	14	7	53	83	83	98
Butão	15x	—	—	—	14x	19x	3x	3x	40x	48	48	96
Cabo Verde	13x	57x	64x	13x	—	—	—	—	—	—	—	0x
Camarões	11	21	64	21	16	19	5	6	30	—	—	49
Camboja	14	60	82	54	28	36	7	7	37	76	76	73
Canadá	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Catar	10x	12x	48x	21x	—	6x	—	2x	8x	—	—	—
Cazaquistão	6	17	39	16	4	4	1	4	13	—	—	92
Chade	22	2	77	65	—	37	14	14	41	54	54	56
Chile	6	85k	—	—	—	1y	—	0y	1y	—	—	100x
China	2	51	32	15	6	7	—	—	11	—	—	94
Chipre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cingapura	8	—	—	—	3	3	0	2	2	—	—	—
Colômbia	9	47	65	32	5y	7y	1y	1y	12y	—	—	92x
Comores	25	21	34	45	—	25	—	8	44	93	0	82
Congo	13	19	78	21	11	14	3	7	26	95	79	82
Coreia do Norte	7	65	31	37	18y	23y	8y	7y	37y	95	95	40
Coreia do Sul	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Costa do Marfim	17	4	54	37	16	20	4	7	34	63	4	84
Costa Rica	7	35x	47x	12x	—	5x	0x	2x	6x	—	—	92x
Croácia	5	23x	—	—	—	1x	—	1x	1x	—	—	90x
Cuba	5	26	47	16	—	4	0	2	5	—	—	88
Dinamarca	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Djibuti	10	1	23	18	24	29	10	21	33	95	94	0
Dominica	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Egito	14	38	67	37	5	6	1	4	18	87	87w	78
El Salvador	7	24	76	43	6y	10y	1y	1y	19y	20	13	62
Emirados Árabes Unidos	15x	34x	52x	29x	—	14x	3x	15x	17x	—	—	—
Equador	16x	40	77	23	6	9	1	2	23	—	—	99x
Eritreia	14	52	43	62	35	40	12	13	38	51	50	68
Eslováquia	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eslovênia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Espanha	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

	% de bebês com baixo peso ao nascer 2000-2007*	% de crianças (2000-2007*) alimentadas:			% de menores de 5 anos (2000-2007*) sofrendo de:					Taxa de cobertura de suplementação com vitamina A (6-59 meses) 2007		% de famílias que consomem sal iodado 2000-2007*
		exclusivamente com leite materno (<6 meses)	com leite materno e complementação (6-9 meses)	ainda com leite materno (20-23 meses)	baixo peso† (pop. ref. da OMS)	baixo peso† (CNES/OMS)		marasmo‡ (CNES/OMS)	retardo de crescimento‡ (CNES/OMS)	no mínimo uma dose§ (%)	cobertura total§ (%)	
						moderado e grave	grave					
Estados Unidos	8	—	—	—	1y	2y	0y	0y	1y	—	—	—
Estônia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Etiópia	20	49	54	—	33	38	11	11	47	88	86	20
Fiji	10x	47x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31x
Filipinas	20	34	58	32	21	28	—	6	30	83	83	45
Finlândia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
França	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gabão	14	6	62	9	8	12	2	3	21	90	0	36
Gâmbia	20	41	44	53	16	20	4	6	22	93	82	7
Gana	9	54	58	56	13	18	3	5	22	95	77	32
Geórgia	5	11	35	20	2	2	0	2	10	—	—	87
Granada	9	39x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grécia	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	12	51	67	47	18y	23y	4y	2y	49y	33	29	40
Guiana	13	11	42	31	10	12	2	8	14	—	—	—
Guiné	12	27	41	71	22	26	7	9	35	95	94	51
Guiné-Bissau	24	16	35	61	15	19	4	7	41	66	64	1
Guiné Equatorial	13	24	—	—	—	19	4	7	39	—	—	33
Haiti	25	41	87	35	18	22	6	9	24	—	—	3
Holanda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	10	30	69	48	8	11	1	1	25	—	—	80x
Hungria	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Iêmen	32x	—	—	—	42	46	15	12	53	47	47w	30
Ilhas Cook	3	19x	—	—	—	10x	—	—	—	—	—	—
Ilhas Marshall	12x	63x	—	—	—	—	—	—	—	39	39	—
Ilhas Salomão	13x	65	—	—	16x	21x	—	—	—	—	—	—
Índia	28	46	57	77	43	46	—	19	38	53	33	51
Indonésia	9	40	75	59	23	28	9	—	—	87	87	73
Irã	7x	23	68	58	—	11x	2x	5x	15x	—	—	99
Iraque	15	25	51	36	6	8	1	5	21	—	—	28
Irlanda	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islândia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Israel	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Itália	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	12	15	36	24	3	4	—	4	3	—	—	100x
Japão	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordânia	12	22	66	11	—	4	1	2	9	—	—	88
Kuait	7x	12x	26x	9x	—	10x	3x	11x	24x	—	—	—
Laos	14	23	10	47	31	37	9	7	40	83	69	75
Lesoto	13	36	79	60	—	20	4	4	38	85	38	91
Letônia	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	6	27	35	11	—	4	—	5	11	—	—	92
Libéria	—	35	70	45	23	26	8	6	39	85	85	—
Líbia	7x	—	—	23x	4x	5x	1x	3x	15x	—	—	90x
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituânia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Macedônia	6	37x	8x	10x	2	2	0	2	9	—	—	94
Madagascar	17	67	78	64	36	42	11	13	48	95	95	75
Malásia	9	29x	—	12x	—	8	1	—	—	—	—	—
Malawi	14	57	89	72	15	21	4	4	46	90	90	50
Maldivas	22	10	85	—	—	30	7	13	25	62	62	44
Mali	19	38	30	56	27	32	10	13	34	95	89	79
Malta	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marrocos	15	31	66	15	9	10	2	9	18	—	—	21
Maurício	14	21	—	—	—	15x	2x	14x	10x	—	—	0x
Mauritânia	—	20	78	57	—	32	10	13	35	95	89	2
México	8	38x	36x	21x	3	5	—	2	13	—	—	91
Mianmá	15	15	66	67	—	32	7	9	32	94	93	60
Micronésia	18	60x	—	—	—	15x	—	—	—	—	—	—
Moçambique	15	30	80	65	20	24	6	4	41	48	42	54
Moldova	6	46	18	2	—	4	1	4	8	—	—	60

TABELA 2. NUTRIÇÃO

Países e territórios	% de bebês com baixo peso ao nascer 2000–2007*	% de crianças (2000-2007*) alimentadas:			% de menores de 5 anos (2000-2007*) sofrendo de:					Taxa de cobertura de suplementação com vitamina A (6-59 meses) 2007		% de famílias que consomem sal iodado 2000–2007*
		exclusivamente com leite materno (<6 meses)	com leite materno e complementação (6-9 meses)	ainda com leite materno (20-23 meses)	baixo peso† (pop. ref. da OMS)	baixo peso† (CNES/OMS)		marasmo† (CNES/OMS)	retardo de crescimento† (CNES/OMS)	no mínimo uma dose‡ (%)	cobertura total‡ (%)	
						moderado e grave	grave					
Mônaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongólia	6	57	57	65	5	6	1	2	21	95	94	83
Montenegro	4	19	35	13	2	3	1	3	5	—	—	71
Namíbia	14	24	72	28	—	24	5	9	24	—	—	63
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	21	53	75	95	39	45	10	12	43	95	95	63
Nicarágua	12	31	83	43	—	7	1	1	17	95	—	97
Níger	27	9	73	—	39	44	15	10	50	95	95	46
Nigéria	14	17	64	34	24	29	9	9	38	77	55	97
Niue	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nova Zelândia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83x
Omã	9	—	91	73	13x	18x	1x	7x	10x	—	—	61x
Palau	9x	59x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	10	25x	38x	21x	6x	8x	1x	1x	18x	—	—	95x
Papua Nova Guiné	11x	59x	74x	66x	—	—	—	—	—	7	7	—
Paquistão	19x	37	36	55	31	38	13	13	37	95	95	17
Paraguai	9	22	60	—	3	4	—	1	14	—	—	94
Peru	10	63	82	47	6	5	1	1	30	—	—	91
Polónia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Quênia	10	13	84	57	16	20	4	6	30	22	15	91
Quirguistão	5	32	49	26	2	3	0	4	14	95	95	76
Quiribati	5x	80x	—	—	—	13x	—	—	—	—	—	—
Reino Unido	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rep. Centro-Africana	13	23	55	47	24	29	8	10	38	78	78	62
República Checa	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rep. Dem. do Congo	12	36	82	64	28	31	9	13	38	79	79	72
República Dominicana	11	4	36	15	—	5	1	1	7	—	—	19
Romênia	8	16	41	—	4	3	0	2	10	—	—	74
Ruanda	6	88	69	77	18	23	4	4	45	89	76	88
Rússia	6	—	—	—	—	3x	1x	4x	13x	—	—	35
Samoa	4x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	9	56x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100
São Tomé e Príncipe	8	60	60	18	7	9	1	8	23	55	48	37
São Vicente e Granadinas	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Seicheles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Senegal	19	34	61	42	14	17	3	8	16	94	94	41
Serra Leoa	24	8	52	57	25	30	8	9	40	95	86	45
Sérvia	5	15	39	8	1	2	0	3	6	—	—	73
Síria	9	29	37	16	9	10	2	9	22	—	—	79
Somália	—	9	15	35	32	36	12	11	38	89	4	1
Sri Lanca	22	53	—	73	23y	29y	—	14y	14y	—	—	94
Suazilândia	9	32	77	31	5	7	—	2	24	—	—	80
Sudão	31x	16	47	40	—	41	15	16	43	90	90	1
Suécia	4x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suíça	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	13	9	25	11	7	10	1	5	8	—	—	—
Tadjiquistão	10	25	15	34	14	17	4	7	27	92	92	46
Tailândia	9	5	43	19	7	9	0	4	12	—	—	47
Tanzânia	10	41	91	55	17	22	4	3	38	93	93	43
Territórios Palestinos	7	27	—	—	—	3	0	1	10	—	—	86
Timor-Leste	12	31	82	35	—	49	15	25	54	57	50	60
Togo	12	28	35	44	22	26	7	14	24	95	64	25
Tonga	3	62x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	19	13	43	22	—	6	1	4	4	—	—	28
Tunísia	7	47	—	22	—	4	1	2	12	—	—	97
Turcomenistão	4	11	54	37	8	11	2	6	15	—	—	87
Turquia	16x	21	38	24	—	4	1	1	12	—	—	64

	% de bebês com baixo peso ao nascer 2000-2007*	% de crianças (2000-2007*) alimentadas:			% de menores de 5 anos (2000-2007*) sofrendo de:					Taxa de cobertura de suplementação com vitamina A (6-59 meses) 2007		% de famílias que consomem sal iodado 2000-2007*
		exclusivamente com leite materno (<6 meses)	com leite materno e complementação (6-9 meses)	ainda com leite materno (20-23 meses)	baixo peso [†] (pop. ref. da OMS)	baixo peso [†] (CNES/OMS)		marasmo [‡] (CNES/OMS)	retardo de crescimento [‡] (CNES/OMS)	no mínimo uma dose [§] (%)	cobertura total [⊗] (%)	
						moderado e grave	grave					
Tuvalu	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ucrânia	4	6	49	11	—	1y	0y	0y	3y	—	—	18
Uganda	14	60	80	54	16	20	5	5	32	64	—	96
Uruguai	8	54	32	31	—	5	1	2	11	—	—	—
Uzbequistão	5	26	45	38	4	5	1	3	15	84	84	53
Vanuatu	6	50x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	9	7x	50x	31x	—	5	—	4	12	—	—	90x
Vietnã	7	17	70	23	—	20	5	8	36	95	95w	93
Zâmbia	12	61	93	42	15	19	3	5	39	95	95	77
Zimbábue	11	22	79	—	12	17	3	6	29	83	83	91

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	15	31	68	51	24	28	8	9	38	77	67	64
África Oriental e Meridional	14	40	71	56	23	28	7	7	40	73	68	56
África Ocidental e Central	15	23	65	47	24	28	9	10	36	81	67	72
Oriente Médio e Norte da África	12	26	57	36	11	17	5	8	26	—	—	60
Ásia Meridional	27	44	53	75	41	45	—	18	38	64	50	51
Leste da Ásia e Pacífico	6	43	45	27	11	14	—	—	16	86	86**	86
América Latina e Caribe	9	—	—	—	5	6	—	2	16	—	—	83
ECO/CEI	6	20	41	23	—	5	1	2	12	—	—	50
Países industrializados [§]	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países em desenvolvimento [§]	15	39	55	51	24	26	—	11	30	72	62**	70
Países menos desenvolvidos [§]	17	37	64	64	30	34	9	11	40	84	82	55
Mundial	14	38	55	50	23	25	—	11	28	72	62**	68

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Baixo peso ao nascer – Porcentagem de bebês que pesam menos de 2,5 quilos ao nascer.

Baixo peso (pop. ref. da OMS) – Moderado e grave: Porcentagem de crianças entre 0 e 59 meses de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a idade, de acordo com *WHO Child Growth Standards* (Padrões da OMS para Crescimento Infantil) publicado em 2006.

Baixo peso (CNES/OMS) – Moderado e grave: Porcentagem de crianças entre 0 e 59 meses de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a idade da população-referência do Centro Nacional para Estatísticas sobre Saúde (CNES/OMS); Grave: Porcentagem de crianças entre 0 e 59 meses de idade com peso inferior a menos três desvios-padrão do peso mediano para a idade da população-referência do CNES/OMS.

Marasmo (CNES/OMS) – Moderado e grave: Porcentagem de crianças entre 0 e 59 meses de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a altura da população-referência do CNES/OMS.

Retardo de crescimento (CNES/OMS) – Moderado e grave: Porcentagem de crianças entre 0 e 59 meses de idade com altura inferior a menos dois desvios-padrão da altura mediana para a idade da população-referência do CNES/OMS.

Vitamina A – Porcentagem de crianças entre 6 e 59 meses de idade que receberam suplementação de vitamina A em 2007.

Consumo de sal iodado – Porcentagem de famílias que consomem sal iodado em dose adequada (15 partes por milhão ou mais).

FONTES PRINCIPAIS

Baixo peso ao nascer – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), outros levantamentos domiciliares nacionais, dados extraídos de sistemas de relatórios de rotina, UNICEF e OMS.

Aleitamento materno – DHS, MICS, outros levantamentos domiciliares e UNICEF.

Baixo peso, marasmo e retardo de crescimento – DHS, MICS, outros levantamentos domiciliares, OMS e UNICEF.

Vitamina A – UNICEF.

Iodação do sal – DHS, MICS, outros levantamentos domiciliares e UNICEF.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- k Refere-se à alimentação exclusivamente com leite materno por menos de quatro meses.
- w Identifica países com programas de suplementação de vitamina A que visam a uma faixa etária reduzida. Os números da cobertura são relatados conforme objetivos.
- † Neste Relatório, estatísticas sobre “baixo peso” aplicam o mesmo indicador a duas populações-referência distintas. Devido a essa diferença, os dados aqui apresentados não possibilitam comparações exatas entre si ou com dados apresentados em edições anteriores deste Relatório. Os Padrões de Crescimento Infantil da OMS (*WHO Child Growth Standards*) estão substituindo gradualmente a população-referência amplamente utilizada pelo CNES/OMS. Ver descrição mais detalhada dessa transição na Nota Geral sobre os Dados, página 114.
- ‡ Dados para “marasmo” e “retardo de crescimento” referem-se às mesmas populações-referência e, portanto, possibilitam comparações entre si e com dados publicados em edições anteriores deste Relatório.
- ‡ Refere-se à porcentagem de crianças que receberam no mínimo uma dose em 2007 (o ponto de cobertura mais recente até a elaboração deste relatório).
- ⊗ A porcentagem de crianças que receberam duas doses em 2007 é apresentada como a porcentagem mais baixa de dois pontos de cobertura. “0” (zero) indica que apenas uma dose foi ministrada em 2007.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

TABELA 3. SAÚDE

Países e territórios	% da população usando fontes de água limpa de qualidade 2006			% da população usando instalações sanitárias adequadas 2006			% de vacinação de rotina pelo PAI, financiado pelo governo 2007	Imunização 2007							% de recém-nascidos protegidos contra tétano ^a	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos	% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua	Malária 2003-2007*		
								Crianças com 1 ano de idade imunizadas contra:						% de menores de 5 anos que dormem sob mosquito					% de menores de 5 anos que dormem sob mosquito tratado	% de menores de 5 anos com febre que recebem medicamento antimalárico	
	TB	DPT	Pólio	Sarampo	HepB	Hib															
	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	BCG	DPT1 ^b	DPT3 ^b	pólio3	sarampo	HepB3								Hib3
Afganistão	22	37	17	30	45	25	0	77	93	83	83	70	83	—	73	28	—	48	—	—	—
África do Sul	93	100	82	59	66	49	100	99	99	97	97	83	97	97	72	75x	—	37x	—	—	—
Albânia	97	97	97	97	98	97	100	98	98	98	99	97	98	—	87	45	38	50	—	—	—
Alemanha	100	100	100	100	100	100	—	—	98	97	97	94	87	94	—	—	—	—	—	—	—
Andorra	100	100	100	100	100	100	—	—	98	96	96	94	91	95	—	—	—	—	—	—	—
Angola	51	62	39	50	79	16	18	88	99	83	83	88	83	83	81	58	—	32	21	18	29
Antígua e Barbuda	—	95	—	—	98	—	—	—	99	99	98	99	97	99	—	—	—	—	—	—	—
Arábia Saudita	—	97	—	—	100	—	100	96	97	96	96	96	96	96	—	—	—	—	—	—	—
Argélia	85	87	81	94	98	87	100	99	98	95	95	92	90	—	70	53	59	24	—	—	—
Argentina	96	98	80	91	92	83	—	99	94	96	94	99	92	96	—	—	—	—	—	—	—
Armênia	98	99	96	91	96	81	33	94	96	88	90	92	85	—	—	36	11	59	—	—	—
Austrália	100	100	100	100	100	100	88	—	97	92	92	94	94	94	—	—	—	—	—	—	—
Áustria	100	100	100	100	100	100	—	—	95	85	85	79	85	85	—	—	—	—	—	—	—
Azerbaijão	78	95	59	80	90	70	72	98	97	95	97	97	97	—	—	36	—	45	12x	1x	1x
Bahamas	—	98	—	100	100	100	100	—	99	95	95	96	93	95	93	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	80	85	78	36	48	32	60	97	97	90	96	88	90	—	91	30	22	49	—	—	—
Barbados	100	100	100	99	99	100	—	—	93	93	93	75	93	93	—	—	—	—	—	—	—
Barein	—	100	—	—	100	—	100	—	97	97	97	99	97	97	66	—	—	—	—	—	—
Bélgica	—	100	—	—	—	—	—	—	99	99	99	92	94	98	—	—	—	—	—	—	—
Belize	—	100	—	—	—	—	100	99	98	96	97	96	96	96	85	71	44	—	—	—	—
Benin	65	78	57	30	59	11	11	88	84	67	64	61	67	67	93	36	—	42	47	20	54
Bielo-Rússia	100	100	99	93	91	97	100	98	99	95	90	99	91	—	—	90	67	54	—	—	—
Bolívia	86	96	69	43	54	22	100	93	94	81	79	81	81	81	71	52	—	54	—	—	—
Bósnia e Herzegovina	99	100	98	95	99	92	95	98	96	95	95	96	94	95	—	91	73	53	—	—	—
Botsuana	96	100	90	47	60	30	100	99	98	97	97	90	85	—	78	14	—	7	—	—	—
Brasil	91	97	58	77	84	37	—	99	98	98	99	99	95	98	93	46x	15x	28x	—	—	—
Brunei	—	—	—	—	—	—	—	96	99	99	99	97	99	99	65	—	—	—	—	—	—
Bulgária	99	100	97	99	100	96	100	98	96	95	95	96	95	—	—	—	—	—	—	—	—
Burquina Fasso	72	97	66	13	41	6	23	99	99	99	99	94	99	99	80	39	15	42	18	10	48
Burundi	71	84	70	41	44	41	—	84	86	74	64	75	74	74	78	38	26	23	13	8	30
Butão	81	98	79	52	71	50	0	94	92	95	93	95	95	—	86	—	—	—	—	—	—
Cabo Verde	—	—	—	—	—	—	90	86	83	81	81	74	79	—	77	51	—	—	—	—	—
Camarões	70	88	47	51	58	42	40	81	90	82	81	74	82	—	81	35	38	22	27	13	58
Camboja	65	80	61	28	62	19	17	90	87	82	82	79	82	—	87	48	—	50	88	4	0
Canadá	100	100	99	100	100	99	—	—	97	94	90	94	14	94	—	—	—	—	—	—	—
Catar	100	100	100	100	100	100	8	96	96	94	97	92	94	94	—	—	—	—	—	—	—
Cazaquistão	96	99	91	97	97	98	—	99	97	93	94	99	94	—	—	71	32	48	—	—	—
Chade	48	71	40	9	23	4	80	40	45	20	36	23	—	—	60	12	—	27	27x	1x	53x
Chile	95	98	72	94	97	74	—	98	95	94	94	91	94	94	—	—	—	—	—	—	—
China	88	98	81	65	74	59	—	94	94	93	94	94	92	—	—	—	—	—	—	—	—
Chipre	100	100	100	100	100	100	36	—	99	97	97	87	93	90	—	—	—	—	—	—	—
Cingapura	—	100	—	—	100	—	—	98	97	96	96	95	95	—	—	—	—	—	—	—	—
Colômbia	93	99	77	78	85	58	100	93	97	93	93	95	93	93	78	62	—	39	24x	—	—
Comores	85	91	81	35	49	26	0	77	79	75	75	65	75	—	89	49	—	31	36x	9x	63x
Congo	71	95	35	20	19	21	100	86	80	80	80	67	80	—	90	48	—	39	68	6	48
Coreia do Norte	100	100	100	—	—	—	—	96	93	92	99	99	92	—	91	93	—	—	—	—	—
Coreia do Sul	—	97	—	—	—	—	—	96	95	91	91	92	91	—	—	—	—	—	—	—	—
Costa do Marfim	81	98	66	24	38	12	31	94	93	76	75	67	76	—	76	35	19	45	17	3	36
Costa Rica	98	99	96	96	96	95	—	91	90	89	89	90	89	88	—	—	—	—	—	—	—
Croácia	99	100	98	99	99	98	100	99	98	96	96	96	95	96	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	91	95	78	98	99	95	99	99	97	93	99	99	93	97	—	—	—	—	—	—	—
Dinamarca	100	100	100	100	100	100	100	—	97	75	75	89	—	75	—	—	—	—	—	—	—
Djibuti	92	98	54	67	76	11	0	90	92	88	88	74	25	25	77	62	43	33	9	1	10
Dominica	—	100	—	—	—	—	100	90	93	96	93	96	93	93	—	—	—	—	—	—	—
Egito	98	99	98	66	85	52	100	98	98	98	98	97	98	—	85	63	—	27	—	—	—
El Salvador	84	94	68	86	90	80	100	93	98	96	96	98	96	96	87	62	—	—	—	—	—
Emirados Árabes Unidos	100	100	100	97	98	95	—	98	97	92	94	92	92	92	—	—	—	—	—	—	—
Equador	95	98	91	84	91	72	—	99	99	99	99	99	99	99	67	—	—	—	—	—	—
Eritreia	60	74	57	5	14	3	—	99	99	97	96	95	97	—	80	44	—	54	12x	4x	4x
Eslováquia	100	100	100	100	100	99	100	98	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Eslovênia	—	—	—	—	—	—	60	—	98	97	98	96	—	98	—	—	—	—	—	—	—
Espanha	100	100	100	100	100	100	100	—	98	96	96	97	96	96	—	—	—	—	—	—	—

	% da população usando fontes de água limpa de qualidade 2006			% da população usando instalações sanitárias adequadas 2006			% de vacinação de rotina pelo PAI, financiado pelo governo 2007	Imunização 2007							% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos	% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua	Malária 2003-2007*			
								Crianças com 1 ano de idade imunizadas contra:						% de recém-nascidos protegidos contra tétano ^a				2000-2007*	2000-2007*	% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro	% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro tratado
	TB	DPT	Pólio	Sarampo	HepB	Hib															
	Vacinas correspondentes:								BCG	DPT1 ^b	DPT3 ^b	pólio3	sarampo	HepB3			Hib3				
Estados Unidos	99	100	94	100	100	99	—	—	99	96	92	93	92	94	—	—	—	—	—	—	
Estônia	100	100	99	95	96	94	100	98	98	95	95	96	95	95	—	—	—	—	—	—	
Etiópia	42	96	31	11	27	8	0	72	81	73	71	65	73	73	85	19	5	15	35	33	10
Fiji	47	43	51	71	87	55	100	90	82	83	84	81	84	83	94	—	—	—	—	—	—
Filipinas	93	96	88	78	81	72	100	90	90	87	87	92	88	—	65	55	—	76	—	—	0
Finlândia	100	100	100	100	100	100	100	97	99	99	97	98	—	97	—	—	—	—	—	—	—
França	100	100	100	—	—	—	10	84	98	98	98	87	29	87	—	—	—	—	—	—	—
Gabão	87	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	—	67	48	—	44	—	—	—
Gâmbia	86	91	81	52	50	55	8	95	90	90	85	85	90	90	90	69	61	38	63	49	63
Gana	80	90	71	10	15	6	54	99	96	94	94	95	94	94	88	34	33	29	33	22	61
Geórgia	99	100	97	93	94	92	43	96	99	98	88	97	94	—	—	74	56	37	—	—	—
Granada	—	97	—	97	96	97	100	—	91	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Grécia	100	100	99	98	99	97	—	88	96	88	87	88	88	88	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	96	99	94	84	90	79	—	97	94	82	82	93	82	82	80	64	—	22x	6x	1x	—
Guiana	93	98	91	81	85	80	100	97	96	94	94	96	94	94	91	64	20	40	—	—	—
Guiné	70	91	59	19	33	12	70	91	96	75	62	71	83	—	95	42	—	38	12	1	44
Guiné-Bissau	57	82	47	33	48	26	0	89	83	63	64	76	—	—	92	57	42	25	73	39	46
Guiné Equatorial	43	45	42	51	60	46	100	73	65	33	39	51	—	—	62	—	—	36	15x	1x	49x
Haiti	58	70	51	19	29	12	0	75	83	53	52	58	—	—	43	31	3	43	—	—	5
Holanda	100	100	100	100	100	100	—	—	98	96	96	96	—	96	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	84	95	74	66	78	55	100	91	95	86	86	89	86	86	94	—	—	—	—	—	1
Hungria	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	—	99	—	—	—	—	—	—	—
Iêmen	66	68	65	46	88	30	31	64	94	87	87	74	87	87	52	—	38	48	—	—	—
Ilhas Cook	95	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	98	99	—	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Marshall	—	—	—	—	—	—	3	92	99	93	91	94	93	83	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Salomão	70	94	65	32	98	18	0	84	84	79	77	78	79	—	84	—	—	—	—	—	—
Índia	89	96	86	28	52	18	100	85	81	62	62	67	6	—	86	69	13	33	—	—	8
Indonésia	80	89	71	52	67	37	92	91	91	75	83	80	74	—	83	61	—	56	32x	0x	1x
Irã	—	99	—	—	—	—	100	99	99	99	98	97	97	—	83	93	—	—	—	—	—
Iraque	77	88	56	76	80	69	100	92	84	62	66	69	58	—	69	82	82	64	7x	0x	1x
Irlanda	—	100	—	—	—	—	—	93	97	92	92	87	—	92	—	—	—	—	—	—	—
Islândia	100	100	100	100	100	100	—	—	97	97	97	95	—	97	—	—	—	—	—	—	—
Israel	100	100	100	—	100	—	—	—	98	96	95	97	99	95	—	—	—	—	—	—	—
Itália	—	100	—	—	—	—	—	—	98	96	96	87	96	95	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	93	97	88	83	82	84	100	87	85	85	85	76	85	85	54	75	52	39	—	—	—
Japão	100	100	100	100	100	100	—	—	99	98	95	98	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordânia	98	99	91	85	88	71	100	90	99	98	98	95	98	98	87	75	87	44	—	—	—
Kuait	—	—	—	—	—	—	—	—	99	99	99	99	99	99	83	—	—	—	—	—	—
Laos	60	86	53	48	87	38	13	56	59	50	46	40	50	—	47	36	—	37	82x	18x	9x
Lesoto	78	93	74	36	43	34	1	96	95	83	80	85	85	—	76	59	—	53	—	—	—
Letônia	99	100	96	78	82	71	100	99	98	98	98	97	97	97	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	100	100	100	—	100	—	100	—	90	74	74	53	74	74	—	74	—	—	—	—	—
Libéria	64	72	52	32	49	7	1	86	99	88	84	95	—	—	89	70	—	—	—	—	59
Líbia	—	—	—	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	56	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituânia	—	—	—	—	—	—	100	99	99	95	95	97	96	95	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	100	100	100	100	100	100	100	—	99	99	99	96	87	99	—	—	—	—	—	—	—
Macedônia	100	100	99	89	92	81	100	95	98	95	96	96	96	—	—	93	74	45	—	—	—
Madagascar	47	76	36	12	18	10	26	94	92	82	81	81	82	—	72	48	—	47	30x	0x	34x
Malásia	99	100	96	94	95	93	—	99	88	96	96	90	87	89	89	—	—	—	—	—	—
Malaui	76	96	72	60	51	62	33	95	96	87	88	83	87	87	86	52	30	27	31	25	25
Maldivas	83	98	76	59	100	42	100	99	99	98	98	97	98	—	94	22	—	—	—	—	—
Mali	60	86	48	45	59	39	100	77	83	68	62	68	68	44	89	38	—	38	41	27	32
Malta	100	100	100	—	100	—	80	—	84	74	76	79	82	72	—	—	—	—	—	—	—
Marrocos	83	100	58	72	85	54	100	96	98	95	95	95	95	90	85	38	—	46	—	—	—
Maurício	100	100	100	94	95	94	100	98	97	97	96	98	97	96	86	—	—	—	—	—	—
Mauritânia	60	70	54	24	44	10	100	92	92	75	75	67	74	—	60	45	24	9	43	—	21
México	95	98	85	81	91	48	—	99	99	98	98	96	98	98	87	—	—	—	—	—	—
Mianmá	80	80	80	82	85	81	—	89	89	86	84	81	85	—	91	66	—	65	—	—	—
Micronésia	94	95	94	25	61	14	5	82	92	79	79	92	90	79	—	—	—	—	—	—	—
Moçambique	42	71	26	31	53	19	—	87	88	72	70	77	72	—	82	55	—	47	10	—	15
Moldova	90	96	85	79	85	73	—	98	95	92	94	96	95	—	—	60	—	48	—	—	—

TABELA 3. SAÚDE

Países e territórios	% da população usando fontes de água limpa de qualidade 2006			% da população usando instalações sanitárias adequadas 2006			% de vacinação de rotina pelo PAI, financiado pelo governo 2007	Imunização 2007							% de recém-nascidos protegidos contra tétano ^A	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos	% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua	Malária 2003-2007*		
								Crianças com 1 ano de idade imunizadas contra:						% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro					% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro tratado	% de menores de 5 anos com febre que recebem medicamento antimalárico	
	TB	DPT	Pólio	Sarampo	HepB3	Hib3															
	Vacinas correspondentes:																				
total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	BCG	DPT1 ^B	DPT3 ^B	pólio3	sarampo	HepB3	Hib3	2000-2007*	2000-2007*						
Mônaco	—	100	—	—	100	—	—	90	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	
Mongólia	72	90	48	50	64	31	19	99	95	95	99	98	98	78	—	63	71	47	—	—	—
Montenegro	98	100	96	91	96	86	100	98	98	92	92	90	90	89	—	89	57	64	—	—	—
Namíbia	93	99	90	35	66	18	100	95	88	86	81	69	—	—	82	72	14	39	12	11	10
Nauru	—	—	—	—	—	—	100	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	89	94	88	27	45	24	29	89	85	82	82	81	82	—	83	43	25	37	—	—	0
Nicarágua	79	90	63	48	57	34	49	99	94	87	88	99	87	87	94	57	—	49	—	—	2x
Níger	42	91	32	7	27	3	0	64	58	39	55	47	—	—	72	47	—	34	15	7	33
Nigéria	47	65	30	30	35	25	—	69	72	54	61	62	41	—	53	33	—	28	6	1	34
Niue	100	100	100	100	100	100	—	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	100	100	100	—	—	—	60	—	97	93	93	92	—	95	—	—	—	—	—	—	—
Nova Zelândia	—	100	—	—	—	—	100	—	91	88	88	79	88	78	—	—	—	—	—	—	—
Omã	—	—	—	—	97	—	—	99	99	99	97	97	99	99	95	—	—	—	—	—	—
Palau	89	79	94	67	96	52	0	—	99	94	94	91	91	95	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	92	96	81	74	78	63	—	99	99	88	88	89	88	88	—	—	—	—	—	—	—
Papua Nova Guiné	40	88	32	45	67	41	100	67	76	60	61	58	59	—	60	75x	—	—	—	—	—
Paquistão	90	95	87	58	90	40	31	89	90	83	83	80	83	—	81	69	50	37	2	—	3
Paraguai	77	94	52	70	89	42	—	68	86	66	65	80	66	66	81	51x	29x	—	—	—	—
Peru	84	92	63	72	85	36	—	97	95	80	95	99	80	80	82	67	—	57	—	—	—
Polónia	—	100	—	—	—	—	—	93	99	99	99	98	98	88	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	99	99	100	99	99	98	—	98	94	97	96	95	97	97	—	—	—	—	—	—	—
Quênia	57	85	49	42	19	48	—	92	89	81	76	80	81	81	74	49	—	33	15	6	27
Quirguistão	89	99	83	93	94	93	50	98	98	94	94	99	94	—	—	62	45	22	—	—	—
Quiribati	65	77	53	33	46	20	100	90	99	94	93	93	96	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido	100	100	100	—	—	—	100	—	97	92	92	86	—	92	—	—	—	—	—	—	—
Rep. Centro-Africana	66	90	51	31	40	25	1	74	65	54	47	62	—	—	54	32	39	47	33	15	57
República Checa	100	100	100	99	100	98	100	99	98	99	99	97	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Rep. Dem. do Congo	46	82	29	31	42	25	0	94	95	87	87	79	87	—	81	42	—	17	19	6	30
República Dominicana	95	97	91	79	81	74	—	92	87	79	83	96	70	59	85	64	—	42	—	—	—
Romênia	88	99	76	72	88	54	—	99	98	97	96	97	99	—	—	—	—	—	—	—	—
Ruanda	65	82	61	23	34	20	24	89	96	97	98	99	97	96	82	28	—	24	16	13	12
Rússia	97	100	88	87	93	70	—	96	98	98	99	99	98	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	88	90	87	100	100	100	—	91	85	71	71	63	69	—	5	—	—	—	—	—	—
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	92	92	92	92	92	92	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	98	98	98	—	—	—	100	99	99	99	99	94	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	56	54	49	—	—	—
São Cristóvão e Névis	99	99	99	96	96	96	—	97	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
São Tomé e Príncipe	86	88	83	24	29	18	50	98	99	97	98	86	99	—	—	47	—	63	53	42	25
São Vicente e Granadinas	—	—	—	—	—	96	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Seicheles	—	100	—	—	—	100	100	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—
Senegal	77	93	65	28	54	9	31	99	99	94	93	84	94	94	86	47	—	43	28	16	22
Serra Leoa	53	83	32	11	20	5	0	82	77	64	64	67	64	64	94	48	21	31	20	5	52
Sérvia	99	99	98	92	96	88	100	98	97	94	93	95	99	89	—	93	57	71	—	—	—
Síria	89	95	83	92	96	88	100	99	99	99	99	98	98	99	92	77	71	34	—	—	—
Somália	29	63	10	23	51	7	—	52	58	39	39	34	—	—	68	13	32	7	18	11	8
Sri Lanca	82	98	79	86	89	86	31	99	99	98	98	98	98	—	91	58	—	—	62	3	0
Suazilândia	60	87	51	50	64	46	100	99	97	95	95	91	95	—	86	73	24	22	1	1	1
Sudão	70	78	64	35	50	24	0	83	95	84	84	79	78	—	72	57	—	38	23x	0x	50x
Suécia	100	100	100	100	100	100	—	18	99	99	99	96	4	99	—	—	—	—	—	—	—
Suíça	100	100	100	100	100	100	5	—	97	93	94	86	—	92	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	92	97	79	82	89	60	100	—	96	84	84	85	84	84	93	74	37	28	—	—	—
Tadjiquistão	67	93	58	92	95	91	10	83	88	86	85	85	84	—	—	64	41	22	2	1	2
Tailândia	98	99	97	96	95	96	—	99	99	98	98	96	96	—	89	84	65	46	—	—	—
Tanzânia	55	81	46	33	31	34	75	89	89	83	88	90	83	—	88	59	—	53	31	16	58
Territórios Palestinos	89	90	88	80	84	69	—	99	99	99	99	99	99	99	—	65	—	—	—	—	—
Timor-Leste	62	77	56	41	64	32	—	74	76	70	70	63	—	—	59	24	—	—	48x	8x	47x
Togo	59	86	40	12	24	3	97	91	94	88	78	80	—	—	82	23	26	22	41	38	48
Tonga	100	100	100	96	98	96	56	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	94	97	93	92	92	92	—	—	90	88	90	91	89	88	—	74	34	32	—	—	—
Tunísia	94	99	84	85	96	64	100	99	99	98	98	98	98	—	96	43	—	—	—	—	—
Turcomenistão	—	—	—	—	—	—	77	99	99	98	98	99	98	—	—	83	50	25	—	—	—

	% da população usando fontes de água limpa de qualidade 2006			% da população usando instalações sanitárias adequadas 2006			% de vacinação de rotina pelo PAI, financiado pelo governo 2007	Imunização 2007										% de recém-nascidos protegidos contra tétano ^A	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos	% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua	Malária 2003–2007*		
								Crianças com 1 ano de idade imunizadas contra:						% de menores de 5 anos com febre que recebem medicamento antimalárico										
								TB	DPT	Pólio	Sarampo	HepB	Hib											
															Vacinas correspondentes:									
	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	BCG	DPT1 ^B	DPT3 ^B	pólio3	sarampo	HepB3	Hib3	2000–2007*	2000–2007*	% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro	% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro tratado	% de menores de 5 anos com febre que recebem medicamento antimalárico					
Turquia	97	98	95	88	96	72	100	94	98	96	96	96	96	76	69	41	–	19x	–	–	–			
Tuvalu	93	94	92	89	93	84	10	99	99	97	97	95	97	–	–	–	–	–	–	–	–			
Ucrânia	97	97	97	93	97	83	–	97	98	98	99	98	96	11	–	–	–	–	–	–	–			
Uganda	64	90	60	33	29	34	15	90	90	64	59	68	68	68	85	73	47	39	22	10	61			
Uruguai	100	100	100	100	100	99	100	99	98	94	94	96	94	94	–	–	–	–	–	–	–			
Uzbequistão	88	98	82	96	97	95	64	99	94	96	98	99	98	–	–	68	56	28	–	–	–			
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	100	82	79	76	76	65	76	–	88	–	–	–	–	–	–			
Venezuela	–	–	–	–	–	–	–	83	78	71	73	55	71	71	51	72	–	51	–	–	–			
Vietnã	92	98	90	65	88	56	87	94	92	92	92	83	67	–	86	83	55	65	95	5	3			
Zâmbia	58	90	41	52	55	51	24	92	92	80	77	85	80	80	89	68	–	48	34	29	38			
Zimbábue	81	98	72	46	63	37	0	76	77	62	66	66	62	–	78	25	8	47	7	3	5			

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	58	81	45	30	42	24	31	83	85	73	74	73	67	34	76	40	—	31	21	12	34
África Oriental e Meridional	59	88	48	34	48	28	32	86	88	78	77	77	77	55	81	45	—	33	24	19	29
África Ocidental e Central	56	77	41	27	37	20	30	80	82	69	71	69	58	16	71	37	—	29	18	8	38
Oriente Médio e Norte da África	87	94	78	73	87	53	81	92	96	91	92	89	89	32	77	68	—	39	—	—	—
Ásia Meridional	87	94	84	33	57	23	83	87	84	69	69	71	29	—	85	63	18	35	—	—	—
Leste da Ásia e Pacífico	88	96	81	66	75	59	—	93	93	89	91	90	87	2	—	65**	—	61**	—	—	—
América Latina e Caribe	92	97	73	79	86	52	—	96	95	92	93	93	89	90	83	—	—	—	—	—	—
ECO/CEI	94	99	86	89	94	81	81	96	97	96	97	97	96	23	—	57	—	—	—	—	—
Países industrializados [§]	100	100	98	100	100	99	—	—	98	96	94	93	65	84	—	—	—	—	—	—	—
Países em desenvolvimento [§]	84	94	76	53	71	39	70	89	89	80	81	81	65	21	81	57**	—	38**	—	—	—
Países menos desenvolvidos [§]	62	81	55	33	49	27	28	85	89	79	79	76	75	28	81	42	—	37	—	—	—
Mundial	87	96	78	62	79	45	71	89	90	81	82	82	65	26	81	57**	—	38**	—	—	—

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Recursos governamentais para vacinas – Porcentagem de vacinas que são administradas para proteger crianças como rotina em um país, e que são financiadas pelo governo federal (incluindo empréstimos).

PAI – Programa Ampliado de Imunização: este programa inclui imunização contra tuberculose (TB), difteria, pertússis (coqueluche) e tétano (DPT), pólio e sarampo, assim como imunização de gestantes, para proteger os bebês contra tétano neonatal. Em alguns países, outras vacinas – como contra hepatite B (HepB), *haemophilus influenzae* tipo B (Hib) ou febre amarela – podem estar incluídas no programa.

BCG – Porcentagem de bebês que receberam Bacilo de Calmette-Guérin (vacina contra tuberculose).

DPT1 – Porcentagem de bebês que receberam a primeira dose de vacina contra difteria, pertússis e tétano.

DPT3 – Porcentagem de bebês que receberam três doses de vacina contra difteria, pertússis e tétano.

HepB3 – Porcentagem de bebês que receberam três doses de vacina contra hepatite B.

Hib3 – Porcentagem de bebês que receberam três doses de vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo b.

% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) com suspeita de pneumonia nas duas semanas que precederam a pesquisa e que foram levadas a um agente de saúde adequado.

% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) com suspeita de pneumonia que estavam recebendo antibióticos nas duas semanas que precederam a pesquisa.

% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) com diarreia nas duas semanas que precederam a pesquisa e que receberam terapia de reidratação oral (Sais de Reidratação Oral ou líquido caseiro recomendado) ou maior quantidade de líquidos e alimentação contínua.

Malária:

% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) que dormiam sob mosquiteiro.

% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro tratado – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) que dormiam sob mosquiteiro tratado com inseticida.

% de menores de 5 anos com febre que recebem medicamento antimalárico – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) que estavam doentes e com febre nas duas semanas que precederam a pesquisa e que receberam algum medicamento antimalárico adequado (de acordo com a definição local).

FONTES PRINCIPAIS

Uso de fonte de água limpa de qualidade e de instalações sanitárias adequadas – UNICEF e Organização Mundial da Saúde (OMS), Programa de Acompanhamento Conjunto.

Recursos governamentais para vacinas – UNICEF e OMS.

Imunização – UNICEF e OMS.

Suspeita de pneumonia – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e outras pesquisas domiciliares nacionais.

Reidratação oral – DHS e MICS.

Malária – DHS e MICS.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referentes a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos das médias regionais e globais.
- β A cobertura para DPT1 deve ser no mínimo igual à de DPT3. Discrepâncias em locais em que a cobertura de DPT1 é inferior à de DPT3 refletem deficiências na coleta de dados e no processo de relatórios. UNICEF e OMS estão trabalhando com sistemas nacionais e territoriais para eliminar tais discrepâncias.
- λ OMS e UNICEF utilizaram um novo modelo para calcular a porcentagem de crianças nascidas de gestantes que receberam no mínimo duas doses de vacina *tetanus toxoid* (TT) e que, portanto, estão protegidas contra o tétano. O modelo tem por objetivo aprimorar a precisão deste indicador para captar ou incluir outras situações potenciais em que as mulheres devem ser protegidas (por exemplo, mulheres que recebem doses de TT em campanhas de imunização suplementar). Ver explicações mais detalhadas sobre a metodologia em “Nota geral sobre os dados”, na página 114.
- * Dados referentes ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

TABELA 4. HIV/AIDS

Países e territórios	Taxa estimada de prevalência de HIV entre adultos (15-49 anos), 2007	Número estimado de indivíduos (todas as idades) vivendo com HIV, 2007 (milhares)			Transmissão de mãe para filho	Infecções pediátricas	Prevenção entre jovens						Órfãos		
							Prevalência de HIV entre jovens (15-24 anos), 2007		% de indivíduos com amplo conhecimento sobre HIV, 2002-2007*		% de indivíduos que usaram preservativo em sua última relação sexual de risco, 2002-2007*		Crianças (0-17 anos)		Taxa de frequência escolar de órfãos
		homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	órfãs devido à aids, 2007	órfãs devido a todas as causas, 2007						
		estimativa	baixa	estimativa alta	Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV, 2007 (milhares)	Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV, 2007 (milhares)							estimativa (milhares)	estimativa (milhares)	
Afganistão	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2100	—	
África do Sul	18,1	5700	4900-6600	3200	280	4	12,7	—	—	—	—	1400	2500	—	
Albânia	—	—	<1,0	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	
Alemanha	0,1	53	31-97	15	—	0,1	0,1	—	—	—	—	—	540	—	
Andorra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angola	2,1	190	150-240	110	17	0,2	0,3	—	—	—	—	50	1200	90x	
Antígua e Barbuda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Arábia Saudita	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Argélia	0,1	21	11-43	6	—	0,1	0,1	—	13	—	—	—	570	—	
Argentina	0,5	120	90-150	32	—	0,6	0,3	—	—	—	—	—	610	—	
Armênia	0,1	2,4	1,8-3,5	<1,0	—	0,2	0,1	15	23	86	—	—	50	—	
Austrália	0,2	18	11-36	1,2	—	0,2	<0,1	—	—	—	—	—	140	—	
Áustria	0,2	9,8	7,6-13	2,9	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	52	—	
Azerbaijão	0,2	7,8	4,7-16	1,3	—	0,3	0,1	5	5	31	—	—	190	—	
Bahamas	3	6,2	4,0-8,7	1,6	<0,2	3,2	1,5	—	—	—	—	—	7	—	
Bangladesh	—	12	7,7-19	2	—	—	—	—	16	—	—	—	5000	84	
Barbados	1,2	2,2	1,5-3,2	<1,0	—	1,3	0,6	—	—	—	—	—	3	—	
Barein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bélgica	0,2	15	8,9-29	4,1	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	78	—	
Belize	2,1	3,6	2,2-5,3	2	<0,2	0,5	1,5	—	40	—	—	—	6	—	
Benin	1,2	64	58-73	37	5,4	0,3	0,9	35	16	45	28	29	340	90	
Bielo-Rússia	0,2	13	10-19	3,9	—	0,3	0,1	—	34	—	—	—	190	—	
Bolívia	0,2	8,1	6,5-11	2,2	—	0,2	0,1	18	15	37	20	—	300	74p	
Bósnia e Herzegovina	<0,1	<0,5	<1,0	—	—	—	—	—	48	—	71	—	—	—	
Botsuana	23,9	300	280-310	170	15	5,1	15,3	33x	40x	88x	75x	95	130	99x	
Brasil	0,6	730	600-890	240	—	1	0,6	—	—	71	58	—	3200	—	
Brunei	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bulgária	—	—	—	—	—	—	—	15	17	70	57	—	95	—	
Burquina Fasso	1,6	130	110-160	61	10	0,5	0,9	—	19	—	64	100	690	61p	
Burundi	2	110	78-130	53	15	0,4	1,3	—	30	—	25	120	600	85	
Butão	0,1	<0,5	<1,0	<0,1	—	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	22	—	
Cabo Verde	—	—	—	—	—	—	—	36	36	79	56	—	—	—	
Camarões	5,1	540	430-640	300	45	1,2	4,3	—	32	—	62	300	1100	91	
Camboja	0,8	75	67-84	20	4,4	0,8	0,3	45	50	84	—	—	600	83	
Canadá	0,4	73	43-110	20	—	0,4	0,2	—	—	—	—	—	180	—	
Catar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Cazaquistão	0,1	12	7,0-29	3,3	—	0,2	0,1	—	22	65x	32x	—	470	—	
Chade	3,5	200	130-240	110	19	2	2,8	20	8	25	17	85	540	105	
Chile	0,3	31	23-39	8,7	—	0,3	0,2	—	—	—	—	—	160	—	
China	0,1	700	450-1000	200	—	0,1	0,1	—	—	—	—	—	17000	—	
Chipre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Cingapura	0,2	4,2	2,6-7,3	1,2	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	24	—	
Colômbia	0,6	170	110-230	47	—	0,7	0,3	—	—	—	36	—	790	85	
Comores	<0,1	<0,2	<1,0	<0,1	—	0,1	<0,1	—	10x	—	—	<0,1	27	—	
Congo	3,5	79	65-94	43	6,6	0,8	2,3	35	26	36	16	69	210	88	
Coréia do Norte	—	—	<0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	530	—	
Coréia do Sul	<0,1	13	7,5-42	3,6	—	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	360	—	
Costa do Marfim	3,9	480	400-550	250	52	0,8	2,4	28	18	53	39	420	1200	83	
Costa Rica	0,4	9,7	6,1-15	2,7	—	0,4	0,2	—	—	—	—	—	36	—	
Croácia	<0,1	<0,5	<1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Cuba	0,1	6,2	3,6-12	1,8	—	0,1	0,1	—	52	—	—	—	99	—	
Dinamarca	0,2	4,8	3,7-6,9	1,1	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	53	—	
Djibuti	3,1	16	12-19	8,7	1,1	0,7	2,1	—	18	51	26	5	42	—	
Dominica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Egito	—	9,2	7,2-13	2,6	—	—	—	—	4y	—	—	—	1400	—	
El Salvador	0,8	35	24-72	9,7	—	0,9	0,5	—	—	—	—	—	130	—	
Emirados Árabes Unidos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Equador	0,3	26	15-40	7,1	—	0,4	0,2	—	—	—	—	—	200	—	
Eritreia	1,3	38	25-58	21	3,1	0,3	0,9	—	37	—	—	18	280	83	
Eslováquia	<0,1	<0,5	<1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Eslovênia	<0,1	<0,5	<1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Espanha	0,5	140	80-230	28	—	0,6	0,2	—	—	—	—	—	210	—	
Estados Unidos	0,6	1200	690-1900	230	—	0,7	0,3	—	—	—	—	—	2800	—	

	Taxa estimada de prevalência de HIV entre adultos (15-49 anos), 2007	Número estimado de indivíduos (todas as idades) vivendo com HIV, 2007 (milhares)			Transmissão de mãe para filho	Infecções pediátricas	Prevenção entre jovens						Órfãos		
							Prevalência de HIV entre jovens (15-24 anos), 2007		% de indivíduos com amplo conhecimento sobre HIV, 2002-2007*		% de indivíduos que usaram preservativo em sua última relação sexual de risco, 2002-2007*		Crianças (0-17 anos)		Taxa de frequência escolar de órfãos
													órfãs devido à aids, 2007	órfãs devido a todas as causas, 2007	
		Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV, 2007 (milhares)	estimativa	baixa	estimativa alta	Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV, 2007 (milhares)	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	estimativa (milhares)	estimativa (milhares)	2002-2007*
Estônia	1,3	9,9	5,4-19	2,4	—	1,6	0,7	—	—	—	—	—	20	—	
Etiópia	2,1	980	880-1100	530	92	0,5	1,5	33	20	50	28	650	5000	90	
Fiji	0,1	—	<0,5	—	—	0,1	—	—	—	—	—	—	22	—	
Filipinas	—	8,3	6,0-11	2,2	—	—	—	18	12	25	11	—	1800	—	
Finlândia	0,1	2,4	1,4-4,4	<1,0	—	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	48	—	
França	0,4	140	78-240	38	—	0,4	0,2	—	—	—	—	—	420	—	
Gabão	5,9	49	37-68	27	2,3	1,3	3,9	22x	24x	48x	33x	18	67	98x	
Gâmbia	0,9	8,2	3,7-13	4,5	<1,0	0,2	0,6	—	39	—	54	3	48	87	
Gana	1,9	260	230-290	150	17	0,4	1,3	33	25	56	42	160	1100	104p	
Geórgia	0,1	2,7	1,5-6,1	<1,0	—	0,1	0,1	—	15	—	—	—	72	—	
Granada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Grécia	0,2	11	6,1-19	3	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	73	—	
Guatemala	0,8	59	41-84	52	—	—	1,5	—	—	—	—	—	360	—	
Guiana	2,5	13	7,6-18	7,1	<1,0	0,5	1,7	—	50	68	62	—	23	—	
Guiné	1,6	87	73-110	48	6,3	0,4	1,2	23	17	37	26	25	380	73	
Guiné-Bissau	1,8	16	11-23	8,7	1,5	0,4	1,2	—	18	—	39	6	110	97	
Guiné Equatorial	3,4	11	8,2-14	5,9	<1,0	0,8	2,5	—	4x	—	—	5	32	95x	
Haiti	2,2	120	100-140	58	6,8	0,6	1,4	40	34	43	29	—	380	86	
Holanda	0,2	18	10-32	4,9	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	110	—	
Honduras	0,7	28	18-44	7,4	1,6	0,7	0,4	—	30	—	24	—	170	108	
Hungria	0,1	3,3	2,0-5,9	<1,0	—	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	130	—	
Iêmen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Ilhas Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Ilhas Marshall	—	—	—	—	—	—	—	39	27	—	—	—	—	—	
Ilhas Salomão	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Índia	0,3	2400	1800-3200	880	—	0,3	0,3	36	20	37	22	—	25000	72	
Indonésia	0,2	270	190-400	54	—	0,3	0,1	0y	1	—	—	—	4400	82y	
Irã	0,2	86	68-110	24	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	1300	—	
Iraque	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	84	
Irlanda	0,2	5,5	4,1-7,7	1,5	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	38	—	
Islândia	0,2	<0,5	<1,0	<0,2	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	2	—	
Israel	0,1	5,1	2,5-12	2,9	—	<0,1	0,1	—	—	—	—	—	44	—	
Itália	0,4	150	110-210	41	—	0,4	0,2	—	—	—	—	—	320	—	
Jamaica	1,6	27	19-36	7,6	—	1,7	0,9	—	60	—	—	—	53	—	
Japão	—	9,6	7,9-10	2,3	—	—	—	—	—	—	—	—	520	—	
Jordânia	—	<1,0	<2,0	—	—	—	—	—	3y	—	—	—	—	—	
Kuait	—	<1,0	<2,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Laos	0,2	5,5	3,3-13	1,3	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	210	—	
Lesoto	23,2	270	260-290	150	12	5,9	14,9	18	26	53	53	110	160	95	
Letônia	0,8	10	7,4-15	2,7	—	0,9	0,5	—	—	—	—	—	33	—	
Líbano	0,1	3	1,7-7,2	<1,0	—	0,1	0,1	—	—	—	—	—	71	—	
Libéria	1,7	35	29-41	19	3,1	0,4	1,3	27	21	22	14	15	270	—	
Líbia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Lituânia	0,1	2,2	1,2-4,6	<1,0	—	0,1	0,1	—	—	—	—	—	51	—	
Luxemburgo	0,2	—	<1,0	<0,2	—	0,2	0,1	—	—	—	—	—	4	—	
Macedônia	<0,1	<0,5	<1,0	—	—	—	—	—	27	—	70	—	—	—	
Madagascar	0,1	14	9,1-23	3,4	<0,5	0,2	0,1	16	19	12	5	3	840	75	
Malásia	0,5	80	52-120	21	—	0,6	0,3	—	—	—	—	—	410	—	
Malawi	11,9	930	860-1000	490	91	2,4	8,4	42	42	58	40	550	1100	97	
Maldivas	—	—	<0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	
Mali	1,5	100	88-120	56	9,4	0,4	1,1	22	18	36	17	44	550	87	
Malta	0,1	<0,5	<1,0	—	—	0,1	0,1	—	—	—	—	—	3	—	
Marrocos	0,1	21	15-31	5,9	—	0,1	0,1	—	12	—	—	—	630	—	
Maurício	1,7	13	7,5-28	3,8	<0,1	1,8	1	—	—	—	—	<0,5	21	—	
Mauritânia	0,8	14	8,3-26	3,9	<0,5	0,9	0,5	—	—	—	—	3	83	—	
México	0,3	200	150-310	57	—	0,3	0,2	—	—	—	—	—	1400	—	
Mianmá	0,7	240	160-370	100	—	0,7	0,6	—	—	—	—	—	1600	—	
Micronésia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Moçambique	12,5	1500	1300-1700	810	100	2,9	8,5	33	20	33	29	400	1400	80	
Moldova	0,4	8,9	6,0-15	2,6	—	0,4	0,2	54y	42y	63	44	—	74	—	
Mônaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Mongólia	0,1	<1,0	1,5	<0,2	—	0,1	—	—	35	—	—	—	64	96p	

TABELA 4. HIV/AIDS

Países e territórios	Taxa estimada de prevalência de HIV entre adultos (15-49 anos), 2007	Número estimado de indivíduos (todas as idades) vivendo com HIV, 2007 (milhares)			Transmissão de mãe para filho	Infecções pediátricas	Prevenção entre jovens						Órfãos		
							Prevalência de HIV entre jovens (15-24 anos), 2007		% de indivíduos com amplo conhecimento sobre HIV, 2002-2007*		% de indivíduos que usaram preservativo em sua última relação sexual de risco, 2002-2007*		Crianças (0-17 anos)		Taxa de frequência escolar de órfãos
		homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	órfãs devido à aids, 2007	órfãs devido a todas as causas, 2007						
		estimativa	baixa	estimativa alta	Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV, 2007 (milhares)	Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV, 2007 (milhares)							estimativa (milhares)	estimativa (milhares)	
Montenegro	—	—	—	—	—	—	—	—	30	—	66	—	—	—	
Namíbia	15,3	200	160-230	110	14	3,4	10,3	62	65	81	64	66	110	100	
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nepal	0,5	70	50-99	17	—	0,5	0,3	44	28	78	—	—	990	—	
Nicarágua	0,2	7,7	5,3-15	2,1	—	0,3	0,1	—	22x	—	17x	—	110	106x	
Níger	0,8	60	44-85	17	3,2	0,9	0,5	16	13	37y	18y	25	570	67	
Nigéria	3,1	2600	2000-3200	1400	220	0,8	2,3	21	18	46	24	1200	9700	64p	
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Noruega	0,1	3	1,7-5,0	<1,0	—	0,1	0,1	—	—	—	—	—	37	—	
Nova Zelândia	0,1	1,4	<1,0-2,6	<0,5	—	0,1	—	—	—	—	—	—	34	—	
Omã	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Palau	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Panamá	1	20	16-26	5,5	—	1,1	0,6	—	—	—	—	—	48	—	
Papua Nova Guiné	1,5	54	53-55	21	1,1	0,6	0,7	—	—	—	—	—	330	—	
Paquistão	0,1	96	69-150	27	—	0,1	0,1	—	3	—	—	—	3900	—	
Paraguai	0,6	21	12-38	5,8	—	0,7	0,3	—	—	—	—	—	130	—	
Peru	0,5	76	57-97	21	—	0,5	0,3	—	19	—	32	—	570	85x	
Polônia	0,1	20	11-34	5,5	—	0,1	0,1	—	—	—	—	—	440	—	
Portugal	0,5	34	20-63	9,4	—	0,5	0,3	—	—	—	—	—	82	—	
Quênia	—	—	1500-2000	—	—	—	—	47	34	47	25	—	2500	95	
Quirguistão	0,1	4,2	2,3-7,7	1,1	—	0,2	0,1	—	20	—	56	—	140	—	
Quiribati	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Reino Unido	0,2	77	37-160	22	—	0,3	0,1	—	—	—	—	—	520	—	
Rep. Centro-Africana	6,3	160	150-170	91	14	1,1	5,5	27	17	—	41	72	280	96	
República Checa	—	1,5	<1,0-2,8	<0,5	—	<0,1	—	—	—	—	—	—	94	—	
Rep. Dem. do Congo	—	—	400-500	—	—	—	—	21	15	26	17	—	4500	77	
República Dominicana	1,1	62	52-71	30	2,7	0,3	0,6	34	41	70	44	—	170	96	
Romênia	0,1	15	12-16	7	—	0,2	0,2	1y	3y	—	—	—	300	—	
Ruanda	2,8	150	130-170	78	19	0,5	1,4	54	51	40	26	220	860	82	
Rússia	1,1	940	630-1300	240	5,2	1,3	0,6	—	—	—	—	—	4000	—	
Samoa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Santa Lúcia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
São Cristóvão e Névis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
São Tomé e Príncipe	—	—	—	—	—	—	—	—	44	—	56	—	—	—	
São Vicente e Granadinas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Seicheles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Senegal	1	67	47-96	38	3,1	0,3	0,8	24	19	52	36	8	350	83	
Serra Leoa	1,7	55	42-76	30	4	0,4	1,3	—	17	—	20	16	350	83	
Sérvia	0,1	6,4	3,9-12	1,8	—	0,1	0,1	—	42	—	74	—	130	—	
Síria	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	
Somália	0,5	24	13-45	6,7	<1,0	0,6	0,3	—	4	—	—	9	590	78	
Sri Lanca	—	3,8	2,8-5,1	1,4	—	<0,1	—	—	—	—	—	—	330	—	
Suazilândia	26,1	190	180-200	100	15	5,8	22,6	52	52	70	54	56	96	97	
Sudão	1,4	320	220-440	170	25	0,3	1	—	—	—	—	—	1800	96x	
Suécia	0,1	6,2	3,5-11	2,9	—	0,1	0,1	—	—	—	—	—	66	—	
Suíça	0,6	25	14-43	9,2	—	0,4	0,5	—	—	—	—	—	39	—	
Suriname	2,4	6,8	4,2-12	1,9	<0,2	2,7	1,4	—	41	—	49	—	9	—	
Tadjiquistão	0,3	10	5,0-23	2,1	<0,1	0,4	0,1	—	2	—	—	—	210	—	
Tailândia	1,4	610	410-880	250	14	1,2	1,2	—	46	—	—	—	1300	93	
Tanzânia	6,2	1400	1300-1500	760	140	0,5	0,9	40	45	46	34	970	2600	102	
Territórios Palestinos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Timor-Leste	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	48	—	
Togo	3,3	130	110-150	69	10	0,8	2,4	—	28	—	50	68	260	94	
Tonga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Trinidad e Tobago	1,5	14	9,5-19	7,7	—	0,3	1	—	54	—	51	—	20	—	
Tunísia	0,1	3,7	2,7-5,4	1	—	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	130	—	
Turcomenistão	<0,1	<0,5	<1,0	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	
Turquia	—	<2,0	<5,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Ucrânia	1,6	440	340-540	190	5,1	1,5	1,5	43	42	—	—	—	1000	98	
Uganda	5,4	940	870-1000	480	130	1,3	3,9	38	32	55	38	1200	2500	96	

	Taxa estimada de prevalência de HIV entre adultos (15-49 anos), 2007	Número estimado de indivíduos (todas as idades) vivendo com HIV, 2007 (milhares)		Transmissão de mãe para filho	Infecções pediátricas	Prevenção entre jovens						Órfãos							
						Prevalência de HIV entre jovens (15-24 anos), 2007		% de indivíduos com amplo conhecimento sobre HIV, 2002-2007*		% de indivíduos que usaram preservativo em sua última relação sexual de risco, 2002-2007*		Crianças (0-17 anos)		Taxa de frequência escolar de órfãos					
												órfãos devido à aids, 2007	órfãos a todas as causas, 2007						
				estimativa	estimativa baixa	estimativa alta	Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV, 2007 (milhares)		Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV, 2007 (milhares)		homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	estimativa (milhares)	estimativa (milhares)	2002-2007*
Uruguai	0,6	10	5,9-19	2,8	—	0,6	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	46	—		
Uzbequistão	0,1	16	8,1-45	4,6	<0,2	0,1	0,1	—	31	—	61	—	—	—	—	690	—		
Vanuatu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Venezuela	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	430	—		
Vietnã	0,5	290	180-470	76	—	0,6	0,3	—	44	68	—	—	—	—	—	1500	—		
Zâmbia	15,2	1100	1000-1200	560	95	3,6	11,3	37	34	48	38	600	1100	103y					
Zimbábue	15,3	1300	1200-1400	680	120	2,9	7,7	46	44	68	42	1000	1300	95					

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	5,0	22000	20500–23600	12000	1800	1,1	3,2	30	24	44	29	11600	47500	83
África Oriental e Meridional	7,8	16400	15300–17600	8970	1300	1,5	4,5	38	31	47	30	8700	24900	92
África Ocidental e Central	2,6	5600	4800–6300	3000	480	0,7	1,9	23	19	42	29	3000	22700	76
Oriente Médio e Norte da África	0,3	480	370–620	220	28	0,1	0,2	—	—	—	—	—	5900	—
Ásia Meridional	0,3	2600	2000–3400	930	110	0,3	0,2	36	18	38	22	—	37400	73
Leste da Ásia e Pacífico	0,2	2400	1900–3000	750	41	0,2	0,1	7**	18**	—	—	—	30100	—
América Latina e Caribe	0,6	1900	1700–2400	660	55	0,5	0,4	—	—	—	—	—	9400	—
ECO/CEI	0,8	1500	1100–1900	460	11	0,8	0,5	—	—	—	—	—	7600	—
Países industrializados [§]	0,3	2000	1400–2900	460	5,8	0,4	0,2	—	—	—	—	—	7200	—
Países em desenvolvimento [§]	0,9	29500	27300–32100	14600	2000	0,4	0,7	30**	19**	—	—	—	130000	77
Países menos desenvolvidos [§]	2,2	10000	9500–11000	5300	900	0,6	1,4	32	23	45	29	—	40400	86
Mundial	0,8	33000	30000–36000	15500	2000	0,4	0,6	—	—	—	—	15000	145000	—

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Taxa de prevalência estimada entre adultos – Porcentagem de adultos (15-49 anos de idade) vivendo com HIV em 2007.

Número estimado de indivíduos (todas as idades) vivendo com HIV – Número estimado de indivíduos (todas as idades) vivendo com HIV em 2007.

Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV – Número estimado de mulheres vivendo com HIV em 2007.

Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV – Número estimado de crianças (0-14 anos de idade) vivendo com HIV em 2007.

Prevalência de HIV entre homens e mulheres jovens – Porcentagem de homens e mulheres jovens (15-24 anos de idade) vivendo com HIV até 2007.

Amplio conhecimento sobre HIV – Porcentagem de homens e mulheres jovens (15-24 anos de idade) que identificam corretamente os dois métodos principais para evitar a transmissão sexual de HIV (usar preservativos e limitar as relações sexuais a um parceiro fiel e não infectado); que rejeitam os dois conceitos locais errôneos mais comuns sobre a transmissão de HIV; e que sabem que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada por HIV.

Uso de preservativo na última relação sexual de risco – Porcentagem de homens e mulheres jovens (15-24 anos de idade) que afirmam ter usado preservativo em sua última relação sexual com parceiros com quem não eram casados nem coabitavam, e aqueles que tiveram relações sexuais com esses parceiros nos últimos 12 meses.

Crianças órfãs devido à aids – Número estimado de crianças (0-17 anos de idade) que em 2007 haviam perdido um ou ambos os progenitores devido à aids.

Crianças órfãs devido a todas as causas – Número estimado de crianças (0-17 anos de idade) que em 2007 haviam perdido um ou ambos os progenitores devido a qualquer causa.

Taxa de frequência escolar de órfãos – Porcentagem de crianças (10-14 anos de idade) que perderam ambos os pais biológicos e que estão freqüentando a escola, como porcentagem de crianças não-órfãs do mesmo grupo etário, vivendo com pelo menos um dos progenitores e que estão freqüentando a escola.

FONTES PRINCIPAIS

Taxa de prevalência estimada entre adultos – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaids), *Report on Global Aids Epidemic*, 2008.

Número estimado de indivíduos (todas as idades) vivendo com HIV – Unaids, *Report on Global Aids Epidemic*, 2008.

Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV – Unaids, *Report on Global Aids Epidemic*, 2008.

Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV – Unaids, *Report on Global Aids Epidemic*, 2008.

Prevalência de HIV entre jovens – Unaids, *Report on Global Aids Epidemic*, 2008.

Amplio conhecimento sobre HIV – Pesquisas de Indicadores da Aids (AIS), Pesquisas de Vigilância Comportamental (BSS), Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), Pesquisas sobre Saúde Reprodutiva (RHS) e outras pesquisas domiciliares, 2002-2007; "HIV/AIDS Survey Indicators Database", www.measuredhs.com/hivdata.

Uso de preservativo na última relação sexual de risco – AIS, BSS, DHS, RHS e outras pesquisas domiciliares, 2002-2007; "HIV/AIDS Survey Indicators Database", www.measuredhs.com/hivdata.

Crianças órfãs devido à aids – Unaids, *Report on Global Aids Epidemic*, 2008.

Crianças órfãs devido a todas as causas – Estimativas não publicadas da Unaids.

Taxa de frequência escolar de órfãos – AIS, DHS, MICS e outras pesquisas domiciliares, 2002-2007; "HIV/AIDS Survey Indicators Database", www.measuredhs.com/hivdata.

NOTAS

— Dados não disponíveis.

x Dados referentes a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos das médias regionais e globais.

y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

p A proporção de órfãos (10-14 anos de idade) que freqüentam a escola está baseada em pequenos denominadores (tipicamente 25-49 casos não ponderados).

* Dados referentes ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.

** Não inclui China.

TABELA 5. EDUCAÇÃO

Países e territórios	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) 2000-2007*		Número por 100 habitantes 2006		Taxa de matrículas na escola primária 2000-2007*				Taxa de frequência na escola primária 2000-2007*		Taxa de sobrevivência até a última série da escola primária (%) 2000-2007*		Taxa de matrículas na escola secundária 2000-2007*				Taxa de frequência na escola secundária 2000-2007*	
	homens	mulheres	usuários de		bruta		líquida		líquida		dados adm.	dados de pesquisas	bruta		líquida		líquida	
			telefones	internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas
Afganistão	49	18	8	2	126	75	74	46	66	40	—	90	28	9	—	—	18	6
África do Sul	95	96	83	8	108	103	88	88	80x	83x	77	—	92	98	59	66	41x	48x
Albânia	99	100	60	15	106	105	94	93	92	92	100	—	78	75	74	72	79	77
Alemanha	—	—	104	47	103	103	98	98	—	—	99	—	102	100	—	—	—	—
Andorra	—	—	97	56	90	90	83	83	—	—	—	—	83	87	73	75	—	—
Angola	84	63	14	1	69x	59x	—	—	58	59	—	83	19	16	—	—	22	20
Antígua e Barbuda	—	—	134	64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arábia Saudita	98	96	78	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Argélia	94	91	63	7	114	106	96	94	97	96	91	—	80	86	65	68	57	65
Argentina	99	99	81	21	113	112	99	98	—	—	87	—	80	89	75	82	—	—
Armênia	100	100	—	6	96	100	80	84	99	98	99	100	88	91	84	88	93	95
Austrália	—	—	97	52	105	105	96	97	—	—	—	—	154	146	87	88	—	—
Áustria	—	—	113	51	102	101	97	98	—	—	99	—	104	100	—	—	—	—
Azerbaijão	100	100	39	10	98	95	86	83	74	72	97	99	85	81	79	76	82	80
Bahamas	—	—	77	34	98	98	87	89	—	—	81	—	91	91	83	85	—	—
Bangladesh	71	73	13	0	101	105	87	91	79	84	65	94	43	45	40	42	36	41
Barbados	—	—	88	93	104	102	97	96	—	—	97	—	100	104	88	89	—	—
Barein	100	100	123	28	120	119	98	98	86	87	99	99	100	104	91	96	77	85
Bélgica	—	—	93	47	102	102	97	98	—	—	94	—	112	108	89	85	—	—
Belize	—	89	44	11	125	121	97	97	95	95	92	—	77	81	64	70	58	60
Benin	63	41	12	1	105	87	87	73	72	62	65	89	41	23	23	11	40	27
Bielo-Rússia	100	100	61	56	97	95	90	89	93	94	99	100	95	97	87	89	95	97
Bolívia	99	98	31	6	109	109	95	95	78	77	82	41	84	81	72	70	57	56
Bósnia e Herzegovina	100	100	48	24	—	—	—	—	92	89	—	100	—	—	—	—	89	89
Botsuana	93	95	47	5	108	106	83	85	83	86	75	—	75	78	52	60	36	44
Brasil	97	99	53	23	141	133	94	95	95x	95x	81	88	101	111	75	83	42x	50x
Brunei	100	100	79	42	107	106	94	94	—	—	98	—	96	100	88	92	—	—
Bulgária	98	97	108	47	101	100	93	92	—	—	95	—	108	104	90	88	—	—
Burquina Fasso	47	33	7	1	66	54	52	42	49	44	64	90	17	12	14	10	17	15
Burundi	77	70	3	1	108	98	76	73	72	70	78	74	16	12	—	—	8	6
Butão	83	73	10	4	103	101	79	79	74	67	84	—	51	46	38	39	—	—
Cabo Verde	97	98	21	6	108	103	88	87	97x	96x	89	—	75	86	56	63	—	—
Camarões	72	59	19	2	117	98	—	—	86	81	59	95	27	21	—	—	45	42
Camboja	90	83	12	0	127	118	91	89	84	86	49	92	43	34	33	28	29	26
Canadá	—	—	58	77	100	99	99	100	—	—	—	—	119	116	—	—	—	—
Catar	97	98	110	35	105	104	93	94	—	—	89	—	103	100	91	90	—	—
Cazaquistão	100	100	53	9	105	106	90	90	99	98	100	100	93	92	86	86	97	97
Chade	56	23	5	1	90	61	71	50	41	31	26	94	23	8	16	5	13	7
Chile	99	99	76	25	107	102	—	—	—	—	98	—	90	92	—	—	—	—
China	99	99	35	10	112	111	99	99	—	—	—	—	75	76	—	—	—	—
Chipre	100	100	103	42	103	102	99	99	—	—	99	—	96	97	93	95	—	—
Cingapura	100	100	109	59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colômbia	98	98	64	14	117	115	89	88	90	92	82	89	78	87	62	69	64	72
Comores	92	87	5	3	91	80	75	71	31	31	72	19	40	30	15	15	10	11
Congo	99	98	19	2	113	102	58	52	86	87	55	93	47	39	—	—	39	40
Coreia do Norte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Coreia do Sul	—	—	84	71	107	103	100	93	—	—	99	—	100	95	99	93	—	—
Costa do Marfim	—	40	22	2	79	62	61	49	66	57	86	90	32	18	25	14	32	22
Costa Rica	98	99	33	28	112	111	91	93	87	89	91	—	83	89	58	64	59	65
Croácia	100	100	96	37	99	99	91	90	—	—	100	—	90	93	86	88	—	—
Cuba	100	100	1	2	102	100	96	97	—	—	97	—	93	94	86	88	—	—
Dinamarca	—	—	107	58	99	99	95	96	—	—	92	—	118	121	88	90	—	—
Djibuti	—	48	5	1	49	40	42	34	80	78	—	—	27	18	26	17	50	42
Dominica	—	—	—	37	85	87	75	80	—	—	88	—	107	105	77	85	—	—
Egito	90	82	24	8	108	102	98	94	96	94	97	98	91	85	82	78	72	67
El Salvador	95	96	55	10	116	112	94	94	—	—	67	—	63	66	53	56	—	—
Emirados Árabes Unidos	99	97	119	37	104	103	88	88	—	—	99	—	89	91	78	80	—	—
Equador	96	97	63	12	117	117	96	97	—	—	76	—	67	68	57	58	—	—
Eritreia	85	70	1	2	69	56	50	43	69	64	74	—	39	23	30	20	23	21
Eslováquia	—	—	91	42	101	99	92	92	—	—	97	—	94	95	—	—	—	—
Eslovênia	100	100	93	64	101	100	96	95	—	—	99	—	96	95	90	91	—	—
Espanha	100	100	106	43	106	104	100	99	—	—	100	—	115	122	92	96	—	—
Estados Unidos	—	—	80	70	98	99	91	93	—	—	96	—	94	94	88	88	—	—

	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) 2000-2007*		Número por 100 habitantes 2006		Taxa de matrículas na escola primária 2000-2007*				Taxa de frequência na escola primária 2000-2007*		Taxa de sobrevivência até a última série da escola primária (%) 2000-2007*		Taxa de matrículas na escola secundária 2000-2007*				Taxa de frequência na escola secundária 2000-2007*	
	homens	mulheres	telefones	internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	dados adm.	dados de pesquisas	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas
Estônia	100	100	125	55	100	98	95	94	—	—	96	—	99	101	90	92	—	—
Etiópia	62	39	1	0	97	85	74	69	45	45	58	84	37	24	29	19	30	23
Fiji	—	—	—	9	101	99	91	91	—	—	81	—	80	88	76	83	—	—
Filipinas	94	95	51	6	110	109	91	93	88	89	70	90	79	88	55	66	55	70
Finlândia	—	—	108	56	98	98	97	97	—	—	99	—	109	114	96	96	—	—
França	—	—	85	50	110	109	98	99	—	—	98x	—	114	114	98	100	—	—
Gabão	98	96	64	6	153	152	88	88	94	94	56	—	53	46	—	—	34	36
Gâmbia	63	41	26	5	71	77	59	64	60	62	—	95	47	43	40	37	39	34
Gana	80	76	23	3	98	97	73	71	75	75	60	98	52	46	47	43	45	45
Geórgia	—	99	38	7	94	97	88	91	94	95	100	—	83	86	77	81	89	88
Granada	—	—	45	21	94	91	84	83	—	—	83	—	99	102	78	80	—	—
Grécia	99	99	99	18	102	102	100	99	—	—	98	—	104	102	92	93	—	—
Guatemala	88	83	56	10	118	109	96	92	80x	76x	63	—	56	51	40	37	23x	24x
Guiana	—	—	—	23	125	124	—	—	96	96	59	96	106	104	—	—	66	73
Guiné	59	34	—	1	96	81	77	66	55	48	76	96	45	24	35	20	27	17
Guiné-Bissau	94	87	10	2	84	56	53	37	54	53	—	81	23	13	11	6	8	7
Guiné Equatorial	95	95	27	2	125	119	91	83	61	60	33	—	41	23	—	—	23	22
Haiti	76	87	14	8	—	—	—	—	48	52	—	85	—	—	—	—	18	21
Holanda	—	—	106	86	108	105	99	97	—	—	98	—	119	117	88	89	—	—
Honduras	88	93	30	5	119	118	96	97	77	80	81	—	66	86	—	—	29	36
Hungria	98	99	99	35	98	96	89	88	—	—	98	—	96	95	90	90	—	—
Iêmen	93	67	14	1	100	74	85	65	68x	41x	60	—	61	30	49	26	35x	13x
Ilhas Cook	—	—	—	27	79	80	73	75	—	—	—	—	71	74	62	68	—	—
Ilhas Marshall	—	—	—	—	94	92	67	66	—	—	—	—	66	67	43	47	—	—
Ilhas Salomão	—	—	—	2	102	98	62	62	—	—	—	—	33	27	29	25	—	—
Índia	87	77	15	11	114	109	90	87	85	81	73	95	59	49	—	—	59	49
Indonésia	99	99	28	5	116	112	97	94	94	95	80	—	64	64	59	59	54	56
Irã	98	97	24	26	104	132	91	100	94	91	88	—	83	78	79	75	—	—
Iraque	89	81	32	0	109	90	95	82	91	80	70	83	54	36	45	32	46	34
Irlanda	—	—	113	34	104	103	95	95	—	—	—	—	108	116	85	90	—	—
Islândia	—	—	109	65	98	97	98	97	—	—	99	—	108	111	89	91	—	—
Israel	—	—	123	28	109	111	96	98	—	—	100	—	93	92	88	89	—	—
Itália	100	100	135	53	104	103	99	98	—	—	100	—	101	100	93	94	—	—
Jamaica	91	98	94	49	95	95	90	90	97	98	87	—	86	89	77	80	88	92
Japão	—	—	79	68	100	100	100	100	—	—	—	—	101	102	99	99	—	—
Jordânia	99	99	74	14	96	98	89	91	99	99	96	—	88	90	81	83	85	89
Kuait	100	100	91	29	97	96	84	83	—	—	96	—	87	91	75	79	—	—
Laos	85	80	17	1	123	109	86	81	81	77	62	93	49	38	38	32	40	33
Lesoto	75	91	20	3	115	114	71	74	82	88	62	84	33	42	19	29	16	27
Letônia	100	100	95	47	96	93	89	92	—	—	98	—	98	99	—	—	—	—
Líbano	—	—	31	26	96	93	82	82	97	97	87	93	78	85	70	77	61	68
Libéria	68	76	8	0	96	87	40	39	—	—	—	—	37	27	22	13	—	—
Líbia	100	98	66	4	113	108	—	—	—	—	—	—	86	101	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	82	64	106	107	87	89	—	—	—	—	120	104	62	69	—	—
Lituânia	100	100	138	32	95	94	90	89	—	—	97	—	99	99	92	93	—	—
Luxemburgo	—	—	117	72	102	103	96	98	—	—	88	—	94	98	82	86	—	—
Macedônia	99	99	70	13	98	98	92	92	97	93	98	—	85	83	82	80	79	78
Madagascar	73	68	5	1	142	137	96	96	74	77	36	93	24	23	17	18	17	21
Malásia	98	98	75	54	101	100	100	100	—	—	99	—	66	72	66	72	—	—
Malauí	84	82	5	0	117	121	88	94	86	88	36	71	32	27	25	23	27	26
Maldivas	98	98	88	9	118	114	97	97	—	—	—	—	80	86	65	70	—	—
Mali	36	23	11	1	90	71	68	54	45	33	73	90	35	21	—	—	15	11
Malta	96	99	86	34	101	99	92	91	—	—	99	—	99	100	84	90	—	—
Marrocos	84	67	52	20	112	100	91	85	91	87	74	—	53	45	37	32	39	36
Maurício	95	97	62	25	102	102	94	96	—	—	99	—	89	88	81	82	—	—
Mauritânia	70	63	34	1	99	104	78	82	56	59	45	—	27	23	16	15	21	17
México	98	98	53	19	114	111	98	97	97	97	92	—	86	88	71	70	—	—
Mianmá	97	96	0	0	114	115	99	100	83	84	72	100	49	49	46	46	51	48
Micronésia	—	—	19	14	109	111	—	—	—	—	—	—	80	86	—	—	—	—
Moçambique	58	48	12	1	113	97	79	73	63	57	40	68	18	13	4	4	8	7
Moldova	100	100	32	17	97	96	88	88	84	85	97	100	87	91	80	83	82	85
Mônaco	—	—	52	56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongólia	94	97	29	12	99	102	90	93	96	98	91	97	84	95	77	87	85	91

TABELA 5. EDUCAÇÃO

Países e territórios	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) 2000-2007*		Número por 100 habitantes 2006		Taxa de matrículas na escola primária 2000-2007*				Taxa de frequência na escola primária 2000-2007*		Taxa de sobrevivência até a última série da escola primária (%) 2000-2007*		Taxa de matrículas na escola secundária 2000-2007*				Taxa de frequência na escola secundária 2000-2007*	
	homens	mulheres	usuários de		bruta		líquida		líquida		dados adm.	dados de pesquisas	bruta		líquida		líquida	
			telefones	internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas
Montenegro	—	93	107	44	—	—	—	—	98	97	—	97	—	—	—	—	90	92
Namíbia	91	94	30	4	107	107	74	79	91	91	77	90	53	61	30	40	40	53
Nauru	—	—	—	—	78	80	—	—	—	—	25	—	42	50	—	—	—	—
Nepal	85	73	4	1	129	123	91	87	86	82	81	95	46	41	—	—	46	38
Nicarágua	85	92	33	3	117	115	90	90	77	84	50	56	62	70	40	47	35	47
Níger	53	26	3	0	58	43	56	40	44	31	53	88	14	9	12	7	13	9
Nigéria	89	85	24	6	105	87	68	59	66	58	63	96	36	29	28	23	38	33
Niue	—	—	—	—	107	102	—	—	—	—	—	—	96	102	91x	96x	—	—
Noruega	—	—	108	82	98	98	98	98	—	—	100	—	113	113	96	97	—	—
Nova Zelândia	—	—	94	79	102	102	99	99	—	—	—	—	117	123	91	93	—	—
Omã	99	98	70	11	82	83	73	75	—	—	99	—	90	87	78	77	—	—
Palau	—	—	0	0	108	101	98	95	—	—	—	—	96	105	—	—	—	—
Panamá	97	96	66	15	113	110	99	98	—	—	85	—	67	73	61	68	—	—
Papua Nova Guiné	63	65	—	2	60	50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paquistão	80	60	22	8	94	74	74	57	60	51	70	—	34	26	33	26	23	18
Paraguai	96	97	51	4	113	110	94	95	95	96	84	—	66	67	56	59	81	80
Peru	99	97	31	23	116	117	96	97	94	94	85	94	93	96	72	72	70	70
Polônia	100	99	95	37	98	97	96	96	—	—	98	—	100	99	93	94	—	—
Portugal	100	100	116	30	118	112	98	98	—	—	—	—	94	102	78	86	—	—
Quênia	80	81	21	8	107	104	75	76	79	79	84	90	52	49	43	42	12	13
Quirguistão	100	100	24	12	97	96	86	85	91	93	99	99	86	87	80	81	90	92
Quiribati	—	—	—	2	112	114	96	98	—	—	81	—	82	94	65	72	—	—
Reino Unido	—	—	117	63	105	106	98	99	—	—	—	—	97	99	91	94	—	—
Rep. Centro-Africana	70	47	3	0	72	49	53	38	64	54	39	65	—	—	13	9	16	10
República Checa	—	—	122	35	100	100	91	94	—	—	100	—	96	97	—	—	—	—
Rep. Dem. do Congo	78	63	7	0	68	54	—	—	55	49	—	49	28	16	—	—	18	15
República Dominicana	95	97	51	16	101	96	77	79	84	88	61	81	63	75	47	57	27	39
Romênia	97	98	80	52	105	104	93	93	—	—	94	—	86	86	74	73	—	—
Ruanda	79	77	3	1	138	142	76	81	84	87	31	76	14	13	—	—	5	5
Rússia	100	100	106	18	96	96	91	91	—	—	99	—	85	83	—	—	—	—
Samoa	99	100	25	4	100	100	90	91	—	—	96x	—	76	86	62	71	—	—
San Marino	—	—	64	57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	—	—	—	62	122	114	99	97	—	—	96	—	80	95	65	80	—	—
Santa Sé	—	—	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	—	—	—	32	86	103	64	78	—	—	78	—	110	100	70	61	—	—
São Tomé e Príncipe	95	96	12	14	128	127	97	98	94	95	61	83	44	47	31	34	39	41
São Vicente e Granadinas	—	—	74	29	94	100	93	88	—	—	64	—	67	83	57	71	—	—
Seicheles	99	99	87	36	126	125	99	100	—	—	99	—	105	119	94	100	—	—
Senegal	59	44	25	5	81	79	71	70	58	59	54	93	27	21	23	18	20	16
Serra Leoa	64	44	—	0	155	139	—	—	69	69	—	91	38	26	27	19	21	17
Sérvia	—	96	63	13	97	97	95	95	98	98	—	100	87	89	—	—	90	93
Síria	95	92	24	8	129	123	97	92	97	96	92	—	72	68	64	61	64	65
Somália	—	24	6	1	—	—	—	—	24	20	—	85	—	—	—	—	8	4
Sri Lanca	97	98	26	2	108	108	98	97	—	—	100	—	86	88	—	—	—	—
Suazilândia	87	90	24	4	110	102	78	79	83	86	71	80	47	47	29	35	31	41
Sudão	85	71	12	9	71	61	45	37	56	52	74	56	35	33	—	—	17	22
Suécia	—	—	106	77	96	95	95	95	—	—	—	—	104	103	99	99	—	—
Suíça	—	—	99	58	98	97	89	89	—	—	—	—	95	90	84	80	—	—
Suriname	96	95	71	8	121	121	95	98	94	93	—	80	66	90	57	79	55	66
Tadjiquistão	100	100	—	—	103	98	99	95	89	88	99	100	90	75	87	74	89	74
Tailândia	98	98	63	13	108	108	95	94	98	98	—	—	75	82	68	75	77	84
Tanzânia	79	76	15	1	113	111	98	97	71	75	83	91	7x	6x	22	20	8	8
Territórios Palestinos	99	99	22	7	82	83	76	76	91	92	98	—	91	97	87	92	—	—
Timor-Leste	—	—	5	0	103	95	70	67	76	74	—	—	53	54	—	—	—	—
Togo	84	64	11	5	110	95	86	75	82	76	68	84	54	27	30	14	45	32
Tonga	100	100	29	3	116	110	98	94	—	—	91	—	92	96	54	68	—	—
Trinidad e Tobago	100	100	69	22	96	94	85	85	98	98	84	97	75	78	64	67	84	90
Tunísia	97	94	72	13	110	107	96	97	95	93	94	—	81	89	61	68	—	—
Turcomenistão	100	100	4	1	—	—	—	—	99	99	—	100	—	—	—	—	84	84
Turquia	98	94	71	18	96	92	93	89	91	87	94	95	86	71	74	64	52	43
Tuvalu	—	—	15	19	106	105	—	—	—	—	63	—	87	81	—	—	—	—
Ucrânia	100	100	107	20	102	102	90	90	96	98	98	100	94	93	83	84	90	93
Uganda	88	84	7	5	116	117	—	—	83	82	25	72	20	16	16	14	16	15

	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) 2000-2007*		Número por 100 habitantes 2006		Taxa de matrículas na escola primária 2000-2007*				Taxa de frequência na escola primária 2000-2007*		Taxa de sobrevivência até a última série da escola primária (%) 2000-2007*		Taxa de matrículas na escola secundária 2000-2007*				Taxa de frequência na escola secundária 2000-2007*	
	homens	mulheres	telefones	usuários de internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	dados adm.	dados de pesquisas	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas
Uruguai	98	99	67	24	117	113	100	100	—	—	92	—	94	109	—	—	—	—
Uzbequistão	99	99	9	4	97	94	—	—	100	100	99	100	103	102	—	—	91	90
Vanuatu	92	92	—	—	110	106	88	86	—	—	69x	—	43	37	41	35	—	—
Venezuela	96	98	69	15	106	103	91	91	91	93	90	82	73	82	62	71	30	43
Vietnã	95	94	18	17	109	103	—	—	94	94	92	98	68	62	—	—	77	78
Zâmbia	73x	66x	14	4	118	116	90	94	55	58	76	80	33	27	31	25	17	19
Zimbábue	98	99	6	9	102	101	87	88	91	93	62	79	42	39	38	36	46	43

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	77	68	18	3	101	90	75	70	64	61	61	84	36	29	28	24	26	22
África Oriental e Meridional	78	69	19	3	110	104	83	81	66	66	60	82	39	34	30	27	20	18
África Ocidental e Central	77	66	18	3	93	77	67	58	63	56	62	86	33	24	26	20	31	26
Oriente Médio e Norte da África	93	85	37	13	102	97	86	81	88	85	83	—	73	67	67	62	54	52
Ásia Meridional	84	74	15	9	111	104	88	83	81	77	72	94	54	45	—	—	51	43
Leste da Ásia e Pacífico	98	98	36	12	111	110	98	97	92**	92**	80**	—	73	73	60**	62**	60**	63**
América Latina e Caribe	97	97	54	19	120	116	94	95	90	91	84	—	87	94	69	74	—	—
ECO/CEI	99	99	81	20	98	96	92	90	93	91	96	97	89	85	79	75	79	76
Países industrializados [§]	—	—	93	59	101	101	95	96	—	—	97	—	102	101	91	92	—	—
Países em desenvolvimento [§]	90	84	30	11	109	103	89	86	80**	77**	74**	90	62	58	51**	49**	48**	43**
Países menos desenvolvidos [§]	75	65	9	1	101	91	79	74	65	63	60	82	35	29	30	26	26	24
Mundial	90	85	42	18	108	103	90	87	80**	77**	76**	90	67	63	58**	57**	48**	44**

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

- Taxa de alfabetização de jovens** – Número de indivíduos entre 15 e 24 anos de idade que são alfabetizados, expresso como porcentagem da população total nesse grupo etário.
- Taxa bruta de matrículas na escola primária** – Número de indivíduos matriculados na escola primária, independentemente de idade, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola primária.
- Taxa bruta de matrículas na escola secundária** – Número de indivíduos matriculados na escola secundária, independentemente de idade, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola secundária.
- Taxa líquida de matrículas na escola primária** – Número de indivíduos matriculados na escola primária que pertencem ao grupo etário que oficialmente corresponde ao nível primário, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola primária.
- Taxa líquida de matrículas na escola secundária** – Número de indivíduos matriculados na escola secundária que pertencem ao grupo etário que oficialmente corresponde ao nível secundário, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola secundária.
- Taxa líquida de frequência na escola primária** – Número de indivíduos que frequentam a escola primária ou secundária, e que pertencem ao grupo etário que oficialmente corresponde à escola primária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola primária.
- Taxa líquida de frequência na escola secundária** – Número de indivíduos que frequentam a escola secundária ou o ensino superior, e que pertencem ao grupo etário que oficialmente corresponde à escola secundária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola secundária.
- Taxa de sobrevivência até a última série da escola primária** – Porcentagem de indivíduos que ingressam na 1ª série da escola primária e chegam à última série desse nível educacional.

FONTES PRINCIPAIS

- Alfabetização de adultos** – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE).
- Uso de telefone e Internet** – Sindicato Internacional de Telecomunicações (Genebra).
- Matrículas na escola primária e secundária** – IUE.
- Frequência na escola primária e secundária** – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS).
- Taxa de sobrevivência até a última série da escola primária** – Dados administrativos: IUE, dados de pesquisas DHS e MICS.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos no cálculo de médias regionais ou globais.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

TABELA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países e territórios	População (milhares) 2007		Taxa de crescimento anual da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2007	% de população urbanizada 2007	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	abaixo de 18 anos	abaixo de 5 anos	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Afganistão	14526	5002	0,3	4,5	29	23	20	52	52	48	35	41	44	7,1	24	2,9	6,4
África do Sul	18385	5235	2,4	1,7	14	8	17	38	29	23	53	62	50	2,7	60	2,9	2,7
Albânia	986	250	2,2	-0,2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2,1	47	2,9	1,4
Alemanha	14286	3499	0,1	0,2	12	11	11	14	11	8	71	75	79	1,4	75	0,1	0,4
Andorra	14	4	3,9	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	91	3,8	2
Angola	9022	3162	2,7	2,8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6,5	55	7,3	5,4
Antígua e Barbuda	28	8	-0,6	1,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	-0,3	2,5
Arábia Saudita	9781	2921	5,2	2,5	18	5	4	48	36	25	52	68	73	3,4	81	7,5	3
Argélia	11780	3271	3	1,7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2,4	65	4,4	3,2
Argentina	12279	3364	1,5	1,1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2,3	90	2	1,5
Armênia	760	167	1,7	-1	5	8	10	23	21	12	70	68	72	1,4	64	2,3	-1,4
Austrália	4802	1272	1,4	1,2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1,8	89	1,4	1,5
Áustria	1573	393	0,2	0,5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1,4	66	0,2	0,5
Azerbaijão	2536	564	1,7	0,9	7	7	7	29	27	16	65	66	67	1,8	52	2	0,7
Bahamas	106	28	2	1,5	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2	91	3,1	2,2
Bangladesh	64486	18900	2,4	2	20	12	8	45	35	25	44	54	64	2,9	26	7,2	3,8
Barbados	66	17	0,6	0,5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1,5	54	1	1,7
Barein	227	65	4	2,5	9	4	3	40	29	17	62	72	76	2,3	97	4,3	3,2
Bélgica	2128	558	0,2	0,3	12	11	10	14	12	10	71	76	79	1,6	97	0,3	0,4
Belize	124	36	2,1	2,6	8	5	4	40	35	25	66	72	76	3	49	1,7	2,9
Benin	4553	1525	3	3,3	22	15	11	47	47	40	46	53	56	5,5	41	6,7	4,5
Bielo-Rússia	1870	454	0,6	-0,3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1,2	73	2,7	0,2
Bolívia	4167	1245	2,3	2,1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3,5	65	4	3,2
Bósnia e Herzegovina	825	189	0,9	-0,5	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1,2	47	2,8	0,5
Botsuana	783	218	3,3	1,9	13	7	15	45	35	25	55	64	50	2,9	59	11,8	4,1
Brasil	62565	18110	2,2	1,5	10	7	6	35	24	19	59	66	72	2,3	85	3,7	2,4
Brunei	132	41	3,4	2,5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2,3	74	3,7	3,4
Bulgária	1298	341	0,2	-0,8	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1,3	71	1,4	-0,5
Burquina Fasso	7778	2670	2,4	3	24	17	15	51	49	44	42	50	52	6	19	6,8	5,2
Burundi	4383	1541	2,4	2,4	20	19	16	44	48	47	44	46	49	6,8	11	7,3	5,8
Butão	248	60	3	1,1	23	14	7	47	38	19	41	52	66	2,2	12	6,1	4,2
Cabo Verde	242	74	1,4	2,4	12	8	5	40	39	29	56	65	72	3,4	59	5,5	4,3
Camarões	8908	2866	2,9	2,4	19	13	15	45	42	35	46	55	50	4,4	56	6,4	4,6
Camboja	6247	1708	1,7	2,3	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3,2	21	2	5,7
Canadá	6909	1720	1,2	1	7	7	7	17	14	10	73	77	81	1,5	80	1,3	1,4
Catar	208	65	7,2	3,5	13	3	2	34	23	16	60	69	76	2,7	96	7,4	3,9
Cazaquistão	4558	1316	1,2	-0,4	9	9	10	26	23	19	62	67	67	2,3	58	1,7	-0,3
Chade	5690	1989	2,5	3,3	21	16	15	46	48	46	45	52	51	6,2	26	5,5	5
Chile	4848	1234	1,6	1,4	10	6	5	29	23	15	62	73	79	1,9	88	2,1	1,8
China	341820	84062	1,6	0,9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1,7	42	3,9	3,6
Chipre	200	50	0,5	1,3	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1,6	70	3	1,7
Cingapura	994	200	1,9	2,3	5	5	5	23	18	8	69	75	80	1,3	100	1,9	2,4
Colômbia	16196	4388	2,2	1,6	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2,2	73	3,2	2,2
Comores	403	130	3,3	2,7	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4,4	38	5,1	4,8
Congo	1825	595	3	2,6	14	11	12	44	39	35	54	57	55	4,5	61	4,7	3,5
Coréia do Norte	6656	1562	1,7	1	7	6	10	35	21	13	62	71	67	1,9	62	2,1	1,4
Coréia do Sul	10418	2319	1,5	0,7	9	6	6	31	16	9	60	71	79	1,2	81	4,5	1,3
Costa do Marfim	9271	2872	4,4	2,4	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4,5	46	6,1	3,5
Costa Rica	1482	394	2,6	2,2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2,1	63	4	3,7
Croácia	846	204	0,4	0	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1,3	57	1,9	0,4
Cuba	2571	632	1	0,4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1,5	75	2	0,5
Dinamarca	1210	318	0,2	0,3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1,8	86	0,5	0,4
Djibuti	369	107	6,2	2,3	21	14	11	49	42	29	43	51	55	4	87	7,3	3,3
Dominica	22	6	0,3	-0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	73	2,1	0,3
Egito	29422	8719	2,2	1,8	17	9	6	41	32	24	50	62	71	2,9	43	2,4	1,9
El Salvador	2696	772	1,8	1,7	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2,7	60	2,9	3,1
Emirados Árabes Unidos	1006	327	10,6	5	11	3	1	36	27	16	61	73	79	2,3	77	10,5	5,1
Equador	5060	1403	2,7	1,5	12	6	5	42	29	21	58	68	75	2,6	64	4,4	2,5
Eritreia	2402	837	2,7	2,5	21	16	9	47	41	40	43	48	58	5,1	20	3,8	4,2

	População (milhares) 2007		Taxa de crescimento anual da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2007	% de população urbanizada 2007	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	abaixo de 18 anos	abaixo de 5 anos	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Eslováquia	1087	260	0,7	0,1	10	10	10	19	15	10	70	72	75	1,2	56	2,3	0,1
Eslovênia	343	89	0,7	0,2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1,3	51	2,3	0,4
Espanha	7742	2321	0,7	0,8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1,4	77	1,4	0,9
Estados Unidos	75992	20957	1	1	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2,1	81	1,1	1,6
Estônia	254	68	0,7	-0,9	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1,5	69	1,1	-1,2
Etiópia	42124	13651	2,7	2,9	21	18	13	49	47	38	43	47	53	5,3	16	4,6	4,7
Fiji	320	88	1,6	0,9	8	6	7	34	29	21	60	67	69	2,8	52	2,5	2,3
Filipinas	36804	11095	2,6	2,1	11	7	5	40	33	26	57	65	72	3,3	64	4,5	4
Finlândia	1093	287	0,4	0,3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1,8	61	1,4	0,3
França	13573	3828	0,6	0,5	11	9	9	17	13	12	72	77	81	1,9	77	0,8	0,8
Gabão	555	159	2,8	2,2	20	11	12	34	36	26	47	61	57	3,1	85	6,6	3,6
Gâmbia	803	264	3,5	3,4	28	15	10	50	43	35	37	51	59	4,8	56	6,8	5,9
Gana	10553	3216	2,7	2,4	16	11	9	45	40	30	49	57	60	3,9	49	3,9	4,5
Geórgia	1006	233	0,7	-1,3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1,4	52	1,5	-1,7
Granada	42	10	0,1	0,6	9	10	8	28	28	18	64	66	69	2,3	31	0,1	0,3
Grécia	1906	514	0,7	0,5	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1,3	59	1,3	0,6
Guatemala	6588	2093	2,5	2,4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4,2	48	3,2	3,5
Guiana	267	70	0,1	0,1	11	9	8	38	25	17	60	62	66	2,3	28	0,2	-0,2
Guiné	4656	1566	2,3	2,6	27	19	12	50	47	40	38	47	56	5,5	34	5,1	3,9
Guiné-Bissau	918	333	2,8	3	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7,1	30	5,9	3,5
Guiné Equatorial	247	82	0,8	2,4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5,4	39	2	3,3
Haiti	4211	1250	2,1	1,8	18	13	9	39	37	28	47	54	61	3,6	40	4,1	3,8
Holanda	3576	969	0,7	0,6	8	9	9	17	13	11	74	77	80	1,7	81	1,2	1,6
Honduras	3257	948	3	2,2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3,3	47	4,6	3,4
Hungria	1903	471	0	-0,2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1,3	67	0,5	-0,1
Iêmen	11729	3740	3,3	3,5	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5,5	28	5,5	5,6
Ilhas Cook	5	1	-0,9	-1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0,5	-0,3
Ilhas Marshall	22	6	4,2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4,3	1,6
Ilhas Salomão	229	71	3,3	2,7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	3,9	18	5,5	4,4
Índia	446646	126808	2,2	1,8	16	10	8	38	32	23	49	59	64	2,8	29	3,5	2,8
Indonésia	76805	21630	2,1	1,4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2,2	50	5	4,6
Irã	24229	6472	3,4	1,3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2	68	4,9	2,6
Iraque	13847	4217	3	2,6	12	8	9	46	39	32	56	63	59	4,3	67	4,1	2,5
Irlanda	1063	323	0,9	1,2	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2	61	1,3	1,7
Islândia	78	21	1,1	1	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2	93	1,4	1,2
Israel	2262	683	2,2	2,5	7	6	5	27	22	20	71	76	81	2,8	92	2,6	2,8
Itália	9882	2734	0,3	0,2	10	10	10	17	10	9	72	77	81	1,4	68	0,4	0,3
Jamaica	1007	273	1,2	0,8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2,5	54	2,1	1,4
Japão	21206	5549	0,8	0,2	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1,3	66	1,7	0,5
Jordânia	2500	731	3,5	3,5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3,1	83	4,8	4,6
Kuait	785	242	5,3	1,7	6	2	2	48	24	18	66	75	78	2,2	98	6	1,8
Laos	2681	720	2,3	2,1	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3,2	21	4,7	4,3
Lesoto	953	271	2,2	1,3	17	11	19	43	36	29	49	59	42	3,4	19	5,7	2,1
Letônia	411	103	0,6	-0,9	11	13	14	14	14	9	70	69	73	1,3	68	1,3	-1,1
Líbano	1365	362	1	1,9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2,2	87	2,7	2,3
Libéria	2017	725	2,2	3,3	22	21	18	49	50	50	42	43	45	6,8	60	4,9	5,2
Líbia	2183	688	3,9	2	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2,8	85	6,7	2,7
Liechtenstein	7	2	1,5	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1,6	1,6
Lituânia	688	150	0,8	-0,5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1,3	66	2,4	-0,7
Luxemburgo	102	27	0,6	1,2	12	11	9	13	13	11	70	75	79	1,7	83	1	1,4
Macedônia	476	115	1	0,4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1,4	70	2	1,6
Madagascar	9829	3190	2,8	2,9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4,8	27	5,3	4
Malásia	9663	2756	2,6	2,3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2,6	69	4,5	4,5
Malawi	7479	2461	3,7	2,3	24	18	15	56	50	41	41	49	48	5,6	18	7	5,2
Maldivas	121	31	2,9	2	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2,6	31	6,8	3,2
Mali	6721	2321	2,3	2,8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6,5	32	4,7	4,9
Malta	84	20	0,9	0,7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1,4	96	0,9	1,1
Marrocos	11075	3005	2,4	1,4	17	8	6	47	30	20	52	64	71	2,4	60	4,1	2,8
Maurício	358	94	1,2	1	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1,9	42	1,4	0,9

TABELA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países e territórios	População (milhares) 2007		Taxa de crescimento anual da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2007	% de população urbanizada 2007	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	abaixo de 18 anos	abaixo de 5 anos	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Mauritânia	1443	462	2,6	2,8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4,4	41	7,6	3,1
México	37772	10342	2,4	1,4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2,2	77	3,4	1,8
Mianmá	15617	4132	2,1	1,1	15	11	10	40	27	18	51	59	62	2,1	32	2,5	2,8
Micronésia	50	14	2,2	0,8	9	7	6	41	34	26	62	66	68	3,8	22	2,4	0
Moçambique	10909	3700	1,8	2,7	25	20	20	48	43	40	39	43	42	5,2	36	8,3	6,2
Moldova	932	211	1	-0,9	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1,4	47	2,9	-0,9
Mônaco	6	2	1,2	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,2	0,5
Mongólia	898	232	2,8	1	14	9	7	42	33	19	53	61	67	1,9	57	4	1,1
Montenegro	142	38	0,6	0,1	3	5	10	10	11	14	69	75	74	1,8	—	—	—
Namíbia	939	248	3	2,2	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3,2	36	4,1	4,1
Nauru	4	1	1,7	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1,7	0,6
Nepal	12606	3651	2,3	2,3	21	13	8	42	39	28	43	54	64	3,3	17	6,3	6,4
Nicarágua	2441	673	2,7	1,8	13	7	5	47	37	25	54	64	73	2,8	60	3,3	2,6
Níger	7724	2797	3,1	3,5	26	22	14	58	56	49	40	46	57	7,2	17	5,9	4,4
Nigéria	75065	24823	2,8	2,6	22	18	17	47	47	40	42	47	47	5,4	50	5,3	5
Niue	1	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37	—	—
Noruega	1092	284	0,4	0,6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1,8	78	0,9	1,1
Nova Zelândia	1064	285	1	1,2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2	86	1,2	1,4
Omã	1013	271	4,5	2	17	4	3	50	38	22	49	70	76	3	72	9,3	2,7
Palau	8	2	1,4	1,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68	2,2	1,8
Panamá	1181	344	2,4	1,9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2,6	73	3	3,9
Papua Nova Guiné	2941	894	2,4	2,5	19	11	10	42	37	30	43	54	57	3,8	14	3,9	2,9
Paquistão	70609	19333	3,2	2,2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3,5	36	4,2	3,3
Paraguai	2537	734	2,7	2,2	7	6	6	37	33	25	65	68	72	3,1	60	4	3,6
Peru	10273	2817	2,5	1,5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2,5	73	3,4	1,9
Polónia	7471	1767	0,8	0	8	10	10	17	15	9	70	71	76	1,2	62	1,6	0,1
Portugal	1996	558	0,7	0,4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1,5	59	1,8	1,7
Quênia	18593	6359	3,7	2,8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5	21	6,5	3,9
Quirguistão	1945	514	2	1,1	11	8	8	31	31	22	60	66	66	2,5	36	2	0,9
Quiribati	35	10	2,5	1,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	4	4,1
Reino Unido	13100	3503	0,1	0,4	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1,8	90	0,8	0,5
Rep. Centro-Africana	2137	674	2,4	2,2	22	16	18	42	42	36	42	50	44	4,6	38	3,9	2,5
República Checa	1822	469	0,2	-0,1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1,2	73	2,1	-0,2
Rep. Dem. do Congo	33784	12268	3,1	2,9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6,7	33	2,6	4,3
República Dominicana	3788	1113	2,3	1,7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2,8	68	3,9	3,1
Romênia	4154	1051	0,7	-0,5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1,3	54	2,2	-0,5
Ruanda	4921	1685	3,3	1,7	20	33	17	53	49	44	44	33	46	5,9	21	5,9	10,3
Rússia	27044	7302	0,7	-0,2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1,3	73	1,5	-0,3
Samoa	88	24	0,6	0,9	10	7	5	39	34	25	55	65	71	4	23	0,8	1,4
San Marino	6	2	1,2	1,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	89	3,1	1,4
Santa Lúcia	54	15	1,4	1,1	8	7	7	41	25	19	64	71	74	2,2	28	2,4	0,8
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	17	5	-0,5	1,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	-0,4	0,8
São Tomé e Príncipe	76	23	2,3	1,8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	3,9	60	4,2	3,9
São Vicente e Granadinas	42	12	0,9	0,6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2,2	47	3	1,5
Seicheles	44	15	1,6	1,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	4,8	1,2
Senegal	5998	1942	2,9	2,6	21	12	9	48	43	35	45	57	63	4,7	42	4,2	3,3
Serra Leoa	2889	1019	2,1	2,1	29	26	22	47	48	46	35	39	42	6,5	42	4,8	4,4
Sérvia	2204	610	0,8	0,2	9	10	12	18	15	13	68	71	74	1,8	—	—	—
Síria	8424	2544	3,5	2,6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3,1	51	4,1	3,1
Somália	4389	1539	3,1	1,5	24	22	17	51	46	43	40	42	48	6,1	36	4,5	2,8
Sri Lanca	5504	1464	1,6	0,7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1,9	15	1	-0,1
Suazilândia	534	147	3,2	1,6	18	10	21	50	41	29	48	59	40	3,5	25	7,5	2,2
Sudão	17961	5528	2,9	2,3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4,3	43	5,3	5,4
Suécia	1912	505	0,3	0,4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1,8	84	0,4	0,5
Suíça	1488	358	0,5	0,5	9	9	8	16	12	9	73	78	82	1,4	76	1,6	1,2
Suriname	158	44	0,4	0,8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2,4	75	2,4	1,4
Tadjiquistão	3081	857	2,9	1,4	10	8	6	40	39	27	60	63	67	3,4	24	2,2	-0,1
Tailândia	16430	4518	1,9	1	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1,8	33	3,6	1,7

	População (milhares) 2007		Taxa de crescimento anual da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2007	% de população urbanizada 2007	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	abaixo de 18 anos	abaixo de 5 anos	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Tanzânia	20630	7050	3,1	2,7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5,2	25	7,5	4,6
Territórios Palestinos	2095	685	3,4	3,7	19	7	4	49	46	36	54	68	73	5,2	72	4,5	4,2
Timor-Leste	590	199	1	2,6	22	18	9	46	43	42	40	46	61	6,6	27	3,4	4,5
Togo	3260	1061	3,1	3	18	12	10	48	44	37	48	58	58	4,9	42	4,9	5,2
Tonga	44	12	-0,2	0,3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3,8	24	0,4	0,8
Trinidad e Tobago	357	94	1,2	0,5	7	7	8	27	21	15	66	70	70	1,6	13	-0,5	3,1
Tunísia	3178	830	2,4	1,3	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1,9	66	3,8	2,1
Turcomenistão	1845	494	2,6	1,8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2,5	47	2,3	2,1
Turquia	24623	6646	2,3	1,6	12	8	6	39	26	18	56	65	72	2,1	68	4,5	2,6
Tuvalu	4	1	1,3	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	57	4,6	2,8
Ucrânia	8389	2025	0,4	-0,6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1,2	68	1,4	-0,5
Uganda	17349	6028	3,2	3,2	16	15	14	49	50	47	50	51	51	6,5	13	5,7	4,4
Uruguai	938	252	0,5	0,4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2,1	92	0,9	0,7
Uzbequistão	10593	2879	2,7	1,7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2,5	37	3,1	1,2
Vanuatu	103	31	2,8	2,4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3,8	24	4,9	4,2
Venezuela	10089	2896	3	2	7	5	5	37	29	22	65	71	74	2,6	94	3,8	2,8
Vietnã	30263	8109	2,2	1,6	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2,2	27	2,7	3,6
Zâmbia	6270	2030	3,2	2,3	17	16	19	49	44	40	49	49	42	5,2	35	4,5	1,7
Zimbábue	6175	1706	3,5	1,4	13	8	19	48	37	28	55	63	43	3,2	37	6,1	3

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	383988	127624	2,9	2,6	20	16	15	48	45	39	45	50	50	5,2	36	4,7	4,3
África Oriental e Meridional	186875	61296	2,9	2,5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	4,9	29	4,7	3,9
África Ocidental e Central	197113	66328	2,9	2,7	22	17	16	48	47	41	43	49	50	5,5	43	4,8	4,6
Oriente Médio e Norte da África	153178	44789	3,0	2,0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3,0	58	4,4	2,9
Ásia Meridional	614747	175250	2,3	1,9	17	11	8	39	33	24	49	59	64	3,0	29	3,8	3,0
Leste da Ásia e Pacífico	559872	144441	1,8	1,0	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1,9	44	3,9	3,5
América Latina e Caribe	197226	55622	2,2	1,5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2,4	78	3,3	2,2
ECO/CEI	100110	26458	1,0	0,2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1,7	62	2,0	0,3
Países industrializados [§]	204334	54922	0,7	0,6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1,7	76	1,0	0,9
Países em desenvolvimento [§]	1962419	562128	2,2	1,6	13	9	8	38	29	22	55	63	67	2,8	44	3,8	3,1
Países menos desenvolvidos [§]	383853	124237	2,5	2,5	21	16	12	47	42	36	44	51	55	4,7	28	4,9	4,4
Mundial	2213456	629106	1,8	1,4	12	9	9	32	26	20	59	65	68	2,6	49	2,7	2,3

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Expectativa de vida ao nascer – Número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte prevalentes para aquela faixa da população no momento de seu nascimento.

Taxa bruta de mortalidade – Número de óbitos anuais por mil indivíduos.

Taxa bruta de natalidade – Número de nascimentos anuais por mil indivíduos.

Taxa total de fertilidade – Número de crianças que nasceriam por mulher se esta vivesse até o fim de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fertilidade prevalentes para cada faixa etária.

População urbana – Porcentagem da população que vive em áreas urbanas caracterizadas de acordo com a definição nacional utilizada no censo demográfico mais recente.

FONTES PRINCIPAIS

População infantil – Divisão de População das Nações Unidas.

Taxas brutas de mortalidade e de natalidade – Divisão de População das Nações Unidas.

Expectativa de vida – Divisão de População das Nações Unidas.

Fertilidade – Divisão de População das Nações Unidas.

População urbana – Divisão de População das Nações Unidas.

TABELA 7. INDICADORES ECONÔMICOS

Países e territórios	RNB per capita (US\$) 2007	Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2007	% da população vivendo abaixo da linha internacional de pobreza – US\$1,25/dia 2005	% dos gastos do governo central (1997-2006*) com:			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2006	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países receptores 2006	Serviço da dívida como % de exportações de bens e serviços	
		1970-1990	1990-2007			saúde	educação	defesa			1990	2006
Afganistão	250x	–	–	–	–	–	–	–	3000	37	–	–
África do Sul	5760	0,1	1	8	26	–	–	–	718	0	–	6
Albânia	3290	-0,7x	5,2	18	1	4	4	2	321	3	4x	3
Alemanha	38860	2,3x	1,4	1	–	4	19	1	–	–	–	–
Andorra	d	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	2560	0,4x	2,9	319	54	34x	6x	15x	171	1	7	13
Antígua e Barbuda	11520	8,3x	1,7	2	–	–	–	–	3	0	–	–
Arábia Saudita	15440	-1,5	0,3	4	–	36x	6x	14x	25	0	–	–
Argélia	3620	1,6	1,4	13	7	17	4	24	209	0	62	–
Argentina	6050	-0,7	1,5	6	5	3	5	5	114	0	30	13
Armênia	2640	–	5,8	69	11	–	–	–	213	4	–	6
Austrália	35960	1,5	2,4	2	–	6	15	10	–	–	–	–
Áustria	42700	2,4	1,8	2	–	2	14	10	–	–	–	–
Azerbaijão	2550	–	2,8	71	0	12	1	4	206	1	–	1
Bahamas	15730x	1,8	0,4x	3x	–	3	16	20	–	–	–	–
Bangladesh	470	0,6	3,1	4	50y	10	7	17	1223	2	17	3
Barbados	d	1,5	1,3x	3x	–	–	–	–	-1	0	–	–
Barein	19350	-1,3x	2,4x	2x	–	14	8	15	57x	1x	–	–
Bélgica	40710	2,2	1,8	2	–	3	16	3	–	–	–	–
Belize	3800	2,9	2,4	1	–	5x	8x	20x	8	1	5	16
Benin	570	0	1,3	6	47	17x	6x	31x	375	8	7	6x
Bielo-Rússia	4220	–	3,4	162	0	4	3	4	73	0	–	2
Bolívia	1260	-1,1	1,3	7	20	5	10	22	581	6	31	8
Bósnia e Herzegovina	3580	–	10,8x	5x	0	–	–	–	494	4	–	7
Botsuana	5840	8,2	4,2	8	31	8x	5x	26x	65	1	4	1
Brasil	5910	2,3	1,2	72	8y	3	6	6	82	0	19	36
Brunei	26930x	-2,2x	-0,3x	4x	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgária	4590	3,4x	2,3	51	0	6	11	5	–	–	19	10
Burquina Fasso	430	1,3	2,5	3	57	14x	7x	17x	871	14	6	–
Burundi	110	1,1	-2,7	12	81	23	2	15	415	52	41	40
Butão	1770	6,8x	5,2	7	26	–	9	13	94	10	–	–
Cabo Verde	2430	–	3,3	4	21	–	–	–	138	13	5	4
Camarões	1050	3,3	0,6	4	33	10	3	12	1684	9	18	15x
Camboja	540	–	6,2x	3x	40	–	–	–	529	8	0x	1
Canadá	39420	2	2,2	2	–	6	9	3	–	–	–	–
Catar	12000x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cazaquistão	5060	–	3,2	75	3	6	5	6	172	0	–	33
Chade	540	-1	2,4	7	62	–	8x	8x	284	6	2	–
Chile	8350	1,5	3,7	6	1	7	15	17	83	0	20	19
China	2360	6,6	8,9	5	16y	12	0	2	1245	0	10	2
Chipre	24940	5,9x	2,2	4	–	4	6	12	–	–	–	–
Cingapura	32470	5,6	3,8	1	–	31	6	22	–	–	–	–
Colômbia	3250	2	1	14	15	13	9	20	988	1	39	31
Comores	680	0,1x	-0,4	4	46	–	–	–	30	7	2	–
Congo	1540	3,2	-0,2	8	54	10	4	4	254	7	32	2x
Coreia do Norte	a	–	–	–	–	–	–	–	55	0	–	–
Coreia do Sul	19690	6,2	4,4	4	–	10	0	14	–	–	–	–
Costa do Marfim	910	-1,9	-0,7	6	23	4x	4x	21x	251	2	26	0
Costa Rica	5560	0,7	2,5	13	2	0	21	22	24	0	21	4
Croácia	10460	–	3	33	0	4	13	8	200	0	–	33
Cuba	c	–	3,6x	4x	–	–	23x	10x	78	0	–	–
Dinamarca	54910	2	1,9	2	–	5	1	12	–	–	–	–
Djibuti	1090	–	-2,1	3	19	–	–	–	117	14	4x	6
Dominica	4250	4,7x	2,4	1	–	–	–	–	19	7	4	13x
Egito	1580	4,3	2,5	7	2	9	3	15	873	1	18	5
El Salvador	2850	-1,8	1,8	4	14	3	14	14	157	1	14	12
Emirados Árabes Unidos	26210x	-4,8x	-0,3x	3x	–	30	7	17	–	–	–	–
Equador	3080	1,3	1,2	5	10	13x	11x	18x	189	0	27	23
Eritreia	230	–	-0,3x	12x	–	–	–	–	129	15	–	–
Eslováquia	11730	–	3,3	8	0	5	19	4	–	–	–	–
Eslovênia	20960	–	3,5	15	0	3	15	13	53x	0x	–	–

	RNB per capita (US\$) 2007	Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2007	% da população vivendo abaixo da linha internacional de pobreza – US\$1,25/dia 2005	% dos gastos do governo central (1997-2006*) com:			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2006	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países recebedores 2006	Serviço da dívida como % de exportações de bens e serviços	
		1970-1990	1990-2007			saúde	educação	defesa			1990	2006
Espanha	29450	1,9	2,4	4	—	4	15	2	—	—	—	—
Estados Unidos	46040	2,2	2	2	—	20	25	3	—	—	—	—
Estônia	13200	1,5x	5,2	24	0	5	16	7	—	—	—	—
Etiópia	220	—	2,2	5	39	17	1	5	1947	15	33	7
Fiji	3800	0,6x	1,5x	4x	—	6x	9x	18x	56	2	12	1
Filipinas	1620	0,8	1,7	7	23	5	2	19	562	0	23	18
Finlândia	44400	2,8	2,8	2	—	4	3	10	—	—	—	—
França	38500	2,2	1,6	1	—	6x	16x	7x	—	—	—	—
Gabão	6670	0,3	-0,7	6	5	—	—	—	31	0	4	5x
Gâmbia	320	0,9	0,2	8	34	4x	7x	12x	74	15	18	11
Gana	590	-2,1	2,1	24	30	5x	7x	22x	1176	10	21	4
Geórgia	2120	3,2	1,8	102	13	23	7	11	361	5	—	7
Granada	4670	4,9	2,5	2	—	—	10x	17x	27	6	2	5x
Grécia	29630	1,3	2,7	6	—	8	7	11	—	—	—	—
Guatemala	2440	0,2	1,4	7	12	11x	11x	17x	487	1	11	4
Guiana	1300	-1,5	3,1	8	8	—	—	—	173	20	20x	3
Guiné	400	0,3x	1,3	8	70	29x	3x	11x	164	4	18	17x
Guiné-Bissau	200	-0,2	-2,6	16	49	4x	1x	3x	82	27	21	35x
Guiné Equatorial	12860	—	21,1	13	—	—	—	—	27	1	2	—
Haiti	560	-0,3	-2,1	18	55	—	—	—	581	14	4	3
Holanda	45820	1,5	2,1	2	—	4	10	11	—	—	—	—
Honduras	1600	0,8	1,5	15	22	7x	10x	19x	587	7	30	5
Hungria	11570	3	3,3	13	0	3	6	5	—	—	30	32
Iêmen	870	—	1,6	17	18	19	4	22	284	2	4	2
Ilhas Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	32	0	—	—
Ilhas Marshall	3070	—	-2	5	—	—	—	—	55	28	—	—
Ilhas Salomão	730	3,4	-1,6	7	—	—	—	—	205	62	10	2
Índia	950	2,1	4,5	6	42y	14	2	4	1379	0	25	7
Indonésia	1650	4,7	2,3	15	21y	7	1	4	1405	0	31	9
Irã	3470	-2,3	2,5	23	1	14	6	7	121	0	1	—
Iraque	2170x	—	—	—	—	—	—	—	8661	0	—	—
Irlanda	48140	2,8	5,8	4	—	3	16	14	—	—	—	—
Islândia	54100	3,2	2,4	4	—	0	27	11	—	—	—	—
Israel	21900	1,9	1,7	6	—	19	12	15	—	—	—	—
Itália	33540	2,8	1,2	3	—	3	3	10	—	—	—	—
Jamaica	3710	-1,3	0,8	15	0	2	7	15	37	0	20	11
Japão	37670	3	0,9	-1	—	4x	2x	6x	—	—	—	—
Jordânia	2850	2,5x	2	2	0	19	10	16	580	4	18	5
Kuait	31640	-6,8x	1,1x	4x	—	14	6	12	—	—	—	—
Laos	580	—	4,2	25	44	—	—	—	364	13	8	—
Lesoto	1000	3,1	1,8	8	43	5	6	25	72	4	4	4
Letônia	9930	3,4	4,7	21	0	5	12	6	—	—	0x	29
Líbano	5770	—	2,5	8	—	11	2	7	707	3	—	19
Libéria	150	-4,2	1,9	42	84	9x	5x	11x	269	57	—	0
Líbia	9010	-4,9x	—	—	—	—	—	—	37	0	—	—
Liechtenstein	d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituânia	9920	—	3	29	0	5	12	7	—	—	—	21
Luxemburgo	75880	2,7	3,2	2	—	1	13	10	—	—	—	—
Macedônia	3460	—	0,5	30	0	—	—	—	200	3	—	15
Madagascar	320	-2,4	-0,4	14	68	5	8	13	754	14	32	5x
Malásia	6540	4	3,2	4	1	11	6	23	240	0	12	4
Malawi	250	-0,1	0,3	30	74	5x	7x	12x	669	30	23	—
Maldivas	3200	—	5,5x	1x	—	5	8	14	39	4	4	5
Mali	500	-0,3	2,2	5	51	8x	2x	9x	825	13	8	4
Malta	15310	6,5	2,7x	3	—	2	14	13	11x	0x	—	—
Marrocos	2250	2	2	3	3	13	3	18	1046	2	18	12
Maurício	5450	5,1x	3,7	6	—	1	9	15	19	0	6	6
Mauritânia	840	-0,9	0,6	8	21	—	4x	23x	188	8	24	—
México	8340	1,6	1,6	14	1	3	5	25	247	0	16	19
Mianmá	220x	1,5	6,8x	24x	—	23	3	13	147	0	17	1
Micronésia	2470	—	-0,2	2	—	—	—	—	109	41	—	—

TABELA 7. INDICADORES ECONÔMICOS

Países e territórios	RNB per capita (US\$) 2007	Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2007	% da população vivendo abaixo da linha internacional de pobreza – US\$1,25/dia 2005	% dos gastos do governo central (1997-2006*) com:			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2006	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países receptores 2006	Serviço da dívida como % de exportações de bens e serviços	
		1970-1990	1990-2007			saúde	educação	defesa			1990	2006
Moçambique	320	-1x	4,1	20	75	35x	5x	10x	1611	23	21	2
Moldova	1260	1,8x	-1,3	52	8	1	13	9	228	6	—	10
Mônaco	d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongólia	1290	—	2,2	30	22	9	6	9	203	9	17x	2
Montenegro	5180	—	3,4x	—	—	—	—	—	1586	68	—	—
Namíbia	3360	-2,3x	1,8	9	49	7x	10x	22x	145	2	—	—
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	17	0	—	—
Nepal	340	1,2	1,9	7	55	11	5	18	514	6	12	5
Nicarágua	980	-3,7	1,9	21	16	6x	13x	15x	733	14	2	4
Níger	280	-2,2	-0,6	4	66	—	—	—	401	11	12	5x
Nigéria	930	-1,4	1,2	23	64	3x	1x	3x	11434	12	22	16x
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	9	0	—	—
Noruega	76450	3,2	2,6	4	—	5	16	6	—	—	—	—
Nova Zelândia	28780	0,8	2	2	—	3	16	19	—	—	—	—
Omã	11120	3,3	2,2x	2x	—	33	7	15	35	0	12	1
Palau	8210	—	—	3x	—	—	—	—	37	23	—	—
Panamá	5510	0,3	2,6	2	9	—	18	16	30	0	3	25
Papua Nova Guiné	850	-0,7	-0,6	8	36	4	7	22	279	6	37	9x
Paquistão	870	3	1,6	10	23	18	1	2	2147	2	16	8
Paraguai	1670	2,8	-0,3	11	9	11x	7x	22x	56	1	12	6
Peru	3450	-0,6	2,7	13	8	—	13	7	468	1	6	12
Polônia	9840	—	4,4	13	0	4	11	12	—	—	4	24
Portugal	18950	2,6	1,9	4	—	3	16	16	—	—	—	—
Quênia	680	1,2	0	11	20	6	7	26	943	5	26	6
Quirguistão	590	—	-0,5	46	22	7	12	11	311	12	—	4
Quiribati	1170	-5,3	1,8	2	—	—	—	—	-45	-36	—	—
Reino Unido	42740	2	2,4	3	—	7	15	4	—	—	—	—
Rep. Centro-Africana	380	-1,3	-0,8	3	62	—	—	—	134	9	8	—
República Checa	14450	—	2,4	7	0	4	16	10	—	—	—	—
Rep. Dem. do Congo	140	-2,4	-4,3	335	59	18	0	0	2056	27	—	—
República Dominicana	3550	2,1	3,8	11	5	4	10	13	53	0	7	8
Romênia	6150	0,9x	2,3	57	1	5	14	5	—	—	0	16
Ruanda	320	1,1	1,1	9	77	—	5x	26x	585	25	9	9
Rússia	7560	—	1,2	71	0	12	8	4	—	—	—	13
Samoa	2430	—	2,6	6	—	—	—	—	47	11	5	6
San Marino	45130	—	—	—	—	—	18	9	—	—	—	—
Santa Lúcia	5530	5,3x	1,3	2	21	—	—	—	18	2	2	6x
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	9630	6,3x	2,8	3	—	—	—	—	5	1	3	22x
São Tomé e Príncipe	870	—	—	—	—	—	—	—	22	17	28	37
São Vicente e Granadinas	4210	3,3	3	2	—	—	12	16	5	1	3	11x
Seicheles	8960	2,9	1,4	3	—	3	9	8	14	2	7	18
Senegal	820	-0,7	1,1	4	34	7	3	14	825	9	14	10x
Serra Leoa	260	-0,4	-0,4	19	53	10x	10x	13x	364	27	8	8
Sérvia	4730	—	2,6x	—	—	—	—	—	96	0	—	—
Síria	1760	2	1,5	7	—	24	2	9	27	0	20	1
Somália	140x	-0,9	—	—	—	38x	1x	2x	392	0	25x	—
Sri Lança	1540	3	3,9	9	14	18	6	10	796	3	10	7
Suazilândia	2580	3,1	-0,3	12	63	8	8	20	35	1	6	2
Sudão	960	0,1	3,6	38	—	28	1	8	2058	7	4	4
Suécia	46060	1,8	2,2	2	—	5	3	6	—	—	—	—
Suíça	59880	1,2	0,7	1	—	5	0	5	—	—	—	—
Suriname	4730	-2,4x	1,8	54	16	—	—	—	64	4	—	—
Tadjiquistão	460	—	-2,2	99	21	9	2	4	240	9	—	5
Tailândia	3400	5	2,9	3	0	6	9	20	-216	0	14	9
Tanzânia	400	—	1,8	15	88	16x	6x	8x	1825	14	25	3
Territórios Palestinos	1230	—	-2,9x	4x	—	—	—	—	1449	33	—	—
Timor-Leste	1510	—	—	—	53	—	—	—	210	24	—	—
Togo	360	-0,6	-0,2	4	39	11x	5x	20x	79	4	8	0x
Tonga	2320	—	2	4	—	—	7x	13x	21	10	2	3
Trinidad e Tobago	14100	0,5	5,1	5	4	2	9	17	13	0	—	—

	RNB <i>per capita</i> (US\$) 2007	Taxa média de crescimento anual do PIB <i>per capita</i> (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990–2007	% da população vivendo abaixo da linha internacional de pobreza – US\$1,25/dia 2005	% dos gastos do governo central (1997-2006*) com:			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2006	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países receptores 2006	Serviço da dívida como % de exportações de bens e serviços	
		1970–1990	1990–2007			saúde	educação	defesa			1990	2006
Tunísia	3200	2,5	3,4	4	3	5	5	20	432	1	22	13
Turcomenistão	b	–	-6,8x	408x	25	–	–	–	26	0	–	–
Turquia	8020	1,9	2,2	52	3	8	3	10	570	0	27	25
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	15	0	–	–
Ucrânia	2550	–	-0,7	93	0	3	3	6	484	1	–	16
Uganda	340	–	3,1	8	52	26x	2x	15x	1551	17	47	5
Uruguai	6380	0,9	1,5	18	0	4	7	8	21	0	31	43
Uzbequistão	730	–	1,2	106	46	–	–	–	149	1	–	–
Vanuatu	1840	1,1x	-0,4	3	–	–	–	–	49	13	2	1
Venezuela	7320	-1,6	-0,2	35	18	5	8	21	58	0	22	13
Vietnã	790	–	6	10	21	–	4	14	1846	3	–	2
Zâmbia	800	-2,3	0,1	34	64	4	13	14	1425	19	13	3
Zimbábue	340	-0,4	-2,1x	62x	–	7	8	24	280	6	19	–

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	965	-0,1	1,3	35	51	–	–	–	35799	6	17	7
África Oriental e Meridional	1245	–	1,4	40	49	–	–	–	13793	3	14	7
África Ocidental e Central	698	-0,6	1,3	26	53	–	–	–	22006	11	19	–
Oriente Médio e Norte da África	3666	-0,1	1,6	11	4	15	5	14	16660	1	21	8
Ásia Meridional	889	2,1	4,1	6	40	14	2	5	9191	1	21	7
Leste da Ásia e Pacífico	2742	5,7	6,8	5	17	11	1	7	7477	0	16	4
América Latina e Caribe	5628	1,4	1,5	35	8	4	7	14	5989	0	20	21
ECO/CEI	5686	–	1,6	67	4	9	7	6	5928	0	–	17
Países industrializados [§]	38579	2,3	1,9	2	–	12	18	4	–	–	–	–
Países em desenvolvimento [§]	2405	2,4	4	18	25	10	3	9	77364	1	19	10
Países menos desenvolvidos [§]	491	-0,2	2,5	60	54	14	5	14	28181	9	12	6
Mundial	7952	2,3	2,4	8	–	11	14	6	81045	0	18	11

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

RNB *per capita* – Renda Nacional Bruta (RNB) é a soma do valor de contribuição de todos os produtores nacionais, acrescida de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção, mais as receitas líquidas de rendas primárias (pagamento de empregados e rendas de propriedades) provenientes de fontes externas. O RNB *per capita* é a renda nacional bruta dividida pela população na metade do ano. A RNB *per capita* é convertida em dólares americanos pelo método Atlas do Banco Mundial.

PIB *per capita* – Produto Interno Bruto (PIB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores do país, acrescido de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção. O PIB *per capita* é o produto interno bruto dividido pela população na metade do ano. O crescimento é calculado a partir de dados do PIB a preços constantes, em moeda local.

% da população vivendo abaixo da linha internacional de pobreza – US\$1,25/dia – Porcentagem da população vivendo com menos de US\$1,25 por dia, a preços de 2005 ajustados por Paridade de Poder de Compra. O novo limite de pobreza reflete revisões nas taxas de câmbio de Paridade de Poder de Compra, com base nos resultados do Programa de Comparações Internacionais de 2005. As revisões revelam que o custo de vida nos países em desenvolvimento é mais alto do que se estimava anteriormente. Como resultado dessas revisões, as taxas de pobreza para cada país não podem ser comparadas com as taxas de pobreza relatadas em edições anteriores. Ver informações mais detalhadas sobre definição, metodologia e fontes dos dados apresentados em <www.mundialbank.org>

AOD – Assistência Oficial ao Desenvolvimento, líquida.

Serviço da dívida – Soma dos pagamentos dos juros e do principal de dívidas públicas externas de longo prazo e publicamente reconhecidas.

FONTES PRINCIPAIS

RNB *per capita* – Banco Mundial.

PIB *per capita* – Banco Mundial.

Taxa de inflação – Banco Mundial.

% da população vivendo abaixo da linha internacional de pobreza – US\$1,25/dia – Banco Mundial.

Gastos com saúde, educação e defesa – Fundo Monetário Internacional (FMI).

AOD – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE)

Serviço da dívida – Banco Mundial.

NOTAS

- a: baixa renda (US\$935 ou menos).
b: renda média-baixa (US\$936 a US\$3.705).
c: renda média-alta (US\$3.706 a US\$11.455).
d: alta renda (US\$11.456 ou mais).

- Dados não disponíveis.
x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
* Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.

TABELA 8. MULHERES

Países e territórios	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2007	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2000-2007*	Taxas de matrículas e de frequência: de mulheres como % das de homens líquida						Cobertura de atendimento pré-natal (%) 2000-2007*		Cobertura de partos assistidos (%) 2000-2007*		Taxa de mortalidade materna [†]		
			escola primária 2000-2007*		escola secundária 2000-2007*		Prevalência de anticoncepcionais (%) 2000-2007*	No mínimo uma vez	No mínimo quatro vezes	Por pessoal de saúde capacitado	Partos institucionais	2000-2007* relatada	2005		Risco de morte materna ao longo da vida, 1 em:
			matricu- ladas	freqüen- tando	matricu- ladas	freqüen- tando							ajustada		
Afganistão	100	29	63	60	—	33	10	16	—	14	13	1600	1800	8	
África do Sul	103	98	100	104x	112	117x	60	92	73x	92	—	170	400	110	
Albânia	109	99	99	100	98	97	60	97	—	100	98	20	92	490	
Alemanha	107	—	100	—	—	—	75x	—	—	—	—	8x	4	19200	
Andorra	—	—	101	—	103	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angola	108	65	—	102	—	90	6	80	—	47	46	—	1400	12	
Antígua e Barbuda	—	—	—	—	—	—	53	100	—	100	—	0	—	—	
Arábia Saudita	106	89	—	—	—	—	32x	90x	—	91x	91x	—	18	1400	
Argélia	104	79	98	99	106	112	61	89	—	95	95	120x	180	220	
Argentina	111	100	99	—	110	—	—	99	89y	99	99	48	77	530	
Armênia	110	100	105	99	104	102	53	93	71	98	97	27	76	980	
Austrália	106	—	101	—	102	—	—	100x	—	100x	—	—	4	13300	
Áustria	107	—	101	—	—	—	51x	100x	—	100x	—	—	4	21500	
Azerbaijão	112	99	97	98	96	98	51	77	45	88	78	29	82	670	
Bahamas	108	—	103	—	102	—	—	98	—	99	—	—	16	2700	
Bangladesh	103	82	104	106	104	114	56	51	21	18	15	320	570	51	
Barbados	107	—	99	—	101	—	55x	100	—	100	—	0x	16	4400	
Barein	104	96	100	100	105	111	62x	97x	—	98x	98x	46x	32	1300	
Bélgica	108	—	100	—	96	—	78x	—	—	—	—	—	8	7800	
Belize	108	—	101	100	108	103	34	94	76x	96	88	42	52	560	
Benin	104	53	84	87	50	66	17	84	61	74	78	400	840	20	
Bielo-Rússia	119	100	98	101	102	102	73	99	—	100	100	12	18	4800	
Bolívia	107	90	101	99	98	98	58	79	58	67	57	230	290	89	
Bósnia e Herzegovina	107	95	—	97	—	100	36	99	—	100	100	9	3	29000	
Botsuana	100	100	103	103	114	122	48	97	—	94	80x	330x	380	130	
Brasil	111	101	102	100x	111	119x	77x	97	87	88x	97	53	110	370	
Brunei	106	96	100	—	105	—	—	100x	—	99x	—	0x	13	2900	
Bulgária	110	99	99	—	98	—	86x	—	—	99	—	7	11	7400	
Burquina Fasso	106	59	82	90	72	91	17	85	18	54	51	480x	700	22	
Burundi	106	78	97	97	—	79	9	92	—	34	29	620	1100	16	
Butão	105	63	100	91	101	—	35y	88	—	56	55	260	440	55	
Cabo Verde	109	88	99	100x	113	—	61	98	64x	78	78	15	210	120	
Camarões	102	78	—	94	—	93	29	82	60	63	61	670	1000	24	
Camboja	109	79	98	102	85	90	40	69	27	44	22	470	540	48	
Canadá	106	—	100	—	—	—	75x	—	—	98	—	—	7	11000	
Catar	102	100	101	—	98	—	43x	—	—	99x	98x	10x	12	2700	
Cazaquistão	118	100	100	99	100	100	51	100	70x	100	100	70	140	360	
Chade	105	31	70	76	33	51	3	39	18	14	13	1100	1500	11	
Chile	108	100	—	—	—	—	58y	95x	—	100	100	20	16	3200	
China	105	93	100	—	—	—	85	90	—	98	88	41	45	1300	
Chipre	107	98	100	—	102	—	—	—	—	—	—	0x	10	6400	
Cingapura	105	94	—	—	—	—	62x	—	—	100x	—	6x	14	6200	
Colômbia	111	100	100	102	111	111	78	94	83	96	92	73	130	290	
Comores	107	87	95	100	101	103	26	75	52x	62	43x	380	400	52	
Congo	105	89	90	101	—	104	21	86	75	83	82	780	740	22	
Coreia do Norte	106	—	—	—	—	—	62x	—	—	97	—	110x	370	140	
Coreia do Sul	110	—	93	—	94	—	81x	—	—	100x	—	20x	14	6100	
Costa do Marfim	104	63	80	87	57	69	13	85	45	57	54	540	810	27	
Costa Rica	106	101	102	102	110	110	96	92	—	99	94	36	30	1400	
Croácia	110	98	99	—	102	—	—	—	—	100	—	10	7	10500	
Cuba	105	100	101	—	103	—	77	100	—	100	—	21	45	1400	
Dinamarca	106	—	101	—	103	—	—	—	—	—	—	10x	3	17800	
Djibuti	105	—	82	97	66	84	18	92	7	61	74	74x	650	35	
Dominica	—	—	106	—	110	—	50x	100	—	99	—	0	—	—	
Egito	107	73	96	97	94	93	59	70	59	74	65	84	130	230	
El Salvador	109	94	100	—	105	—	67	86	71	92	69	71	170	190	
Emirados Árabes Unidos	106	98	100	—	102	—	28x	97x	—	99x	99x	3x	37	1000	
Equador	108	98	101	—	102	—	73	84	58	99x	74	110	210	170	
Eritreia	109	—	87	93	67	92	8	70	41	28	26	1000x	450	44	
Eslováquia	111	—	101	—	—	—	74x	—	—	100	—	4	6	13800	
Eslovênia	110	100	100	—	101	—	74x	98x	—	100	—	17	6	14200	
Espanha	108	98	99	—	103	—	81x	—	—	—	—	6x	4	16400	
Estados Unidos	107	—	102	—	100	—	76x	—	—	99x	—	8x	11	4800	

	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2007	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2000-2007*	Taxas de matrículas e de frequência: de mulheres como % das de homens líquida						Prevalência de anticoncepcionais (%) 2000-2007*	Cobertura de atendimento pré-natal (%) 2000-2007*		Cobertura de partos assistidos (%) 2000-2007*		Taxa de mortalidade materna†		
			escola primária 2000-2007*		escola secundária 2000-2007*		No mínimo uma vez	No mínimo quatro vezes		Por pessoal de saúde capacitado	Partos institucionais	2000-2007* relatada	2005		Risco de morte materna ao longo da vida, 1 em:	
			matricu-ladas	freqüen-tando	matricu-ladas	freqüen-tando							ajustada			
Estônia	117	100	99	—	102	—	70	—	—	100	—	7	25	2900		
Etiópia	105	46	92	101	65	77	15	28	12	6	5	670	720	27		
Fiji	107	—	100	—	110	—	44	—	—	99	—	34	210	160		
Filipinas	106	101	102	102	121	127	51	88	70	60	38	160	230	140		
Finlândia	108	—	100	—	100	—	—	100x	—	100x	100	6x	7	8500		
França	109	—	100	—	102	—	75x	99x	—	99x	—	10x	8	6900		
Gabão	101	91	99	100	—	106	33	94	63	86	85	520	520	53		
Gâmbia	103	—	109	103	94	87	18	98	—	57	55	730	690	32		
Gana	101	81	97	100	91	99	17	92	69	50	49	210x	560	45		
Geórgia	112	—	103	101	105	98	47	94	75	98	96	23	66	1100		
Granada	105	—	99	—	102	—	54y	100	—	100	—	0	—	—		
Grécia	106	98	100	—	101	—	—	—	—	—	—	1x	3	25900		
Guatemala	111	86	96	94x	92	103x	43	84	—	41	42	130	290	71		
Guiana	109	—	—	100	—	110	34	81	—	83	83	120	470	90		
Guiné	106	42	86	87	57	66	9	82	49	38	31	980	910	19		
Guiné-Bissau	107	72	71	97	55	88	10	78	—	39	36	410	1100	13		
Guiné Equatorial	105	86	90	98	—	95	—	86	—	65	—	—	680	28		
Haiti	106	106	—	107	—	117	32	85	54	26	25	630	670	44		
Holanda	106	—	99	—	101	—	79x	—	—	100x	—	—	6	10200		
Honduras	110	102	102	104	—	123	65	92	81	67	67	110x	280	93		
Hungria	112	100	99	—	100	—	77x	—	—	100	—	8	6	13300		
Iêmen	105	53	76	60x	53	37x	28	41	11x	36	24	370	430	39		
Ilhas Cook	—	—	103	—	110	—	44	—	—	98	—	6x	—	—		
Ilhas Marshall	—	—	99	—	108	—	34	—	—	95x	—	74	—	—		
Ilhas Salomão	103	—	99	—	87	—	7	—	—	85x	—	140x	220	100		
Índia	105	71	96	96	—	83	56	74	37	47	39	300	450	70		
Indonésia	106	93	97	101	100	104	61	93	81	72	40	310	420	97		
Irã	105	88	110	97	94	—	79	77x	94y	97	96	25	140	300		
Iraque	107	76	86	88	70	75	50	84	—	89	63	84	300	72		
Irlanda	106	—	101	—	106	—	—	—	—	100	100	6x	1	47600		
Islândia	104	—	99	—	102	—	—	—	—	—	—	—	4	12700		
Israel	105	—	101	—	100	—	—	—	—	—	—	5x	4	7800		
Itália	108	99	99	—	101	—	60x	—	—	—	—	7x	3	26600		
Jamaica	108	113	100	100	105	105	69	91	87x	97	94	95	170	240		
Japão	109	—	100	—	100	—	56	—	—	100x	—	8x	6	11600		
Jordânia	105	93	102	100	103	104	57	99	94	99	99	41x	62	450		
Kuait	105	97	99	—	105	—	50x	95x	—	98x	98x	5x	4	9600		
Laos	104	83	94	95	86	84	38	27	—	19	—	410	660	33		
Lesoto	99	123	104	108	154	171	37	90	70	55	52	760x	960	45		
Letônia	116	100	103	—	—	—	48x	—	—	100	—	9	10	8500		
Líbano	106	—	99	99	110	113	58	96	—	98x	—	100x	150	290		
Libéria	104	85	97	—	58	—	11	85	—	51	37	580x	1200	12		
Líbia	107	83	—	—	—	—	45x	81x	—	94x	—	77x	97	350		
Liechtenstein	—	—	103	—	111	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Lituânia	116	100	99	—	101	—	47x	—	—	100	—	13	11	7800		
Luxemburgo	108	—	101	—	105	—	—	—	—	100	—	0x	12	5000		
Macedônia	107	97	100	96	98	99	—	94	—	99	99	4	10	6500		
Madagascar	106	85	100	104	104	125	27	80	40	51	32	470	510	38		
Malásia	107	95	100	—	110	—	55x	79	—	98	98	28	62	560		
Malaui	101	82	106	102	93	96	42	92	57	54	54	810	1100	18		
Maldivas	102	100	100	—	109	—	39	81	—	84	—	140	120	200		
Mali	109	51	79	74	—	68	8	70	35	45	45	460	970	15		
Malta	105	104	99	—	107	—	—	—	—	98x	—	—	8	8300		
Marrocos	106	63	94	95	84	93	63	68	31	63	61	230	240	150		
Maurício	110	94	102	—	102	—	76	—	—	98	98	22	15	3300		
Mauritânia	106	76	105	105	90	82	8	64	16	57	49	750	820	22		
México	107	96	99	100	99	—	71	86x	—	93	86	62	60	670		
Mianmá	111	92	101	102	100	94	34	76	—	57	16	320	380	110		
Micronésia	102	—	—	—	—	—	45x	—	—	88	—	270x	—	—		
Moçambique	102	58	93	90	91	80	17	85	53	48	48	410	520	45		
Moldova	111	99	100	102	104	103	68	98	89	100	99	16	22	3700		
Mônaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Mongólia	110	101	102	102	113	106	66	99	—	99	99	90	46	840		

TABELA 8. MULHERES

Países e territórios	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2007	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2000-2007*	Taxas de matrículas e de frequência: de mulheres como % das de homens líquida						Cobertura de atendimento pré-natal (%) 2000-2007*		Cobertura de partos assistidos (%) 2000-2007*		Taxa de mortalidade materna [†]		
			escola primária 2000-2007*		escola secundária 2000-2007*		Prevalência de anticoncepcionais (%) 2000-2007*	No mínimo uma vez	No mínimo quatro vezes	Por pessoal de saúde capacitado	Partos institucionais	2000-2007* relatada	2005		Risco de morte materna ao longo da vida, 1 em:
			matricu-ladas	frequên-tando	matricu-ladas	frequên-tando							ajustada		
Montenegro	106	—	—	99	—	101	39	97	—	99	100	23	—	—	
Namíbia	101	99	106	101	132	132	55	95	70	81	81	270	210	170	
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nepal	102	62	96	95	—	83	48	44	29	19	18	280	830	31	
Nicarágua	109	102	100	108	116	132	72	90	78	74	66	87	170	150	
Níger	97	37	71	70	63	65	11	46	15	33	17	650	1800	7	
Nigéria	102	80	86	88	84	87	13	58	47	35	33	—	1100	18	
Níue	—	—	—	—	105x	—	—	—	—	100	—	—	—	—	
Noruega	106	—	101	—	101	—	—	—	—	—	—	6x	7	7700	
Nova Zelândia	105	—	100	—	103	—	75x	95x	—	100x	—	15x	9	5900	
Omã	104	87	102	—	99	—	32	100	83y	98	98	13	64	420	
Palau	—	—	96	—	—	—	17	—	—	100	—	0x	—	—	
Panamá	107	99	99	—	111	—	—	72x	—	91	92	66	130	270	
Papua Nova Guiné	111	86	—	—	—	—	26x	78x	—	41	—	370x	470	55	
Paquistão	101	59	78	85	77	78	30	61	28	39	34	530x	320	74	
Paraguai	106	99	101	100	106	99	73	94	79	77	74	120	150	170	
Peru	107	90	102	101	100	100	71	91	87	71	72	190	240	140	
Polónia	112	99	101	—	102	—	49x	—	—	100	—	3	8	10600	
Portugal	108	97	99	—	110	—	—	—	—	100	—	8x	11	6400	
Quênia	104	90	102	100	97	114	39	88	52	42	40	410	560	39	
Quirguistão	113	100	99	103	102	103	48	97	81x	98	97	100	150	240	
Quiribati	—	—	101	—	111	—	21x	88x	—	85x	—	56	—	—	
Reino Unido	106	—	101	—	104	—	84	—	—	99x	—	7x	8	8200	
Rep. Centro-Africana	106	52	72	84	71	64	19	69	40x	53	51	540	980	25	
República Checa	108	—	103	—	—	—	69x	99x	97x	100	—	8	4	18100	
Rep. Dem. do Congo	106	67	—	89	—	81	31	85	—	74	70	1300	1100	13	
República Dominicana	109	101	103	104	122	145	73	99	95	98	98	160	150	230	
Romênia	110	99	100	—	98	—	70	94	76	98	98	15	24	3200	
Ruanda	107	84	107	103	—	88	17	94	13	39	28	750	1300	16	
Rússia	123	100	100	—	—	—	—	—	—	100	—	24	28	2700	
Samoa	109	99	100	—	114	—	43x	—	—	100x	—	29	—	—	
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Santa Lúcia	105	—	98	—	124	—	47x	99	—	100	—	0	—	—	
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
São Cristóvão e Névis	—	—	122	—	87	—	54y	100	—	100	—	0	—	—	
São Tomé e Príncipe	106	89	101	101	111	105	30	97	—	81	78	150	—	—	
São Vicente e Granadinas	106	—	96	—	124	—	48y	95	—	100	—	0	—	—	
Seicheles	—	101	101	—	106	—	—	—	—	—	—	57	—	—	
Senegal	107	61	98	102	76	78	12	87	40	52	62	400	980	21	
Serra Leoa	108	54	—	101	71	79	5	81	—	43	19	1800	2100	8	
Sérvia	106	—	100	100	—	103	41	98	—	99	99	13	—	—	
Síria	105	85	95	100	95	101	58	84	—	93	70	65	130	210	
Somália	105	—	—	82	—	51	15	26	6	33	9	1000	1400	12	
Sri Lanca	111	96	100	—	—	—	68	99	—	99	98	43	58	850	
Suazilândia	100	97	101	103	121	132	51	85	79	69	74	590	390	120	
Sudão	105	73	83	93	—	133	7	60	—	87	—	550x	450	53	
Suécia	106	—	100	—	100	—	—	—	—	—	—	5x	3	17400	
Suíça	107	—	99	—	95	—	82x	—	—	—	—	5x	5	13800	
Suriname	110	95	103	99	138	121	46	90	—	90	88	150	72	530	
Tadjiquistão	108	100	96	99	84	83	38	77	—	83	62	97	170	160	
Tailândia	113	97	99	100	111	109	77	98	—	97	97	12	110	500	
Tanzânia	104	83	99	106	90	108	26	78	62	43	47	580	950	24	
Territórios Palestinos	104	92	100	101	106	—	50	99	—	99	97	—	—	—	
Timor-Leste	103	—	96	98	—	—	20	61	30	18	10	—	380	35	
Togo	106	56	87	93	48	70	17	84	46x	62	63	480x	510	38	
Tonga	103	100	97	—	125	—	33	—	—	95	—	78	—	—	
Trinidad e Tobago	106	99	100	100	104	107	43	96	—	98	97	45x	45	1400	
Tunísia	106	80	101	98	110	—	66	92	—	90	89	69x	100	500	
Turcomenistão	114	100	—	100	—	100	48	99	83	100	98	14	130	290	
Turquia	107	84	96	96	86	83	71	81	54	83	78	29	44	880	
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	32	—	—	100	—	—	—	—	
Ucrânia	119	100	100	102	101	102	67	99	—	99	99	17	18	5200	
Uganda	103	80	—	99	90	94	24	94	47	42	41	440	550	25	

	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2007	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2000–2007*	Taxas de matrículas e de frequência: de mulheres como % das de homens líquida						Prevalência de anticoncepcionais (%) 2000–2007*	Cobertura de atendimento pré-natal (%) 2000–2007*		Cobertura de partos assistidos (%) 2000–2007*		Taxa de mortalidade materna [†]		
			escola primária 2000–2007*		escola secundária 2000–2007*		No mínimo uma vez	No mínimo quatro vezes		Por pessoal de saúde capacitado	Partos institucionais	2000–2007* relatada	2005			
			matricu- ladas	freqüen- tando	matricu- ladas	freqüen- tando							Risco de morte materna ao longo da vida, 1 em:			
Uruguai	110	101	100	—	—	—	84	94x	97	100x	—	35	20	2100		
Uzbequistão	110	98	—	100	—	98	65	99	79x	100	97	28	24	1400		
Vanuatu	106	95	99	—	87	—	28	—	—	88x	—	68x	—	—		
Venezuela	108	99	100	102	114	147	77x	94	—	95	95	61	57	610		
Vietnã	105	93x	—	100	—	102	76	91	29	88	64	160	150	280		
Zâmbia	101	78x	104	105	80	112	34	93	72	43	44	730	830	27		
Zimbábue	97	94	101	102	96	93	60	94	71	69	68	560	880	43		

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	104	75	93	95	84	87	23	72	42	45	40	—	920	22
África Oriental e Meridional	104	79	98	101	90	92	30	72	40	40	33	—	760	29
África Ocidental e Central	103	72	86	89	77	84	17	71	44	49	46	—	1100	17
Oriente Médio e Norte da África	105	78	94	96	92	97	56	72	—	81	71	—	210	140
Ásia Meridional	104	71	94	95	—	85	53	68	34	41	35	—	500	59
Leste da Ásia e Pacífico	106	93	99	101**	103**	105**	78	89	66**	87	73	—	150	350
América Latina e Caribe	109	99	100	101	107	—	69	94	83	85	86	—	130	280
ECO/CEI	115	97	98	98	95	96	64	90	—	94	89	—	46	1300
Países industrializados [§]	108	—	101	—	101	—	72	—	—	—	—	—	8	8000
Países em desenvolvimento [§]	105	86	96	96**	97**	91**	60	77	46**	61	54	—	450	76
Países menos desenvolvidos [§]	104	72	94	97	86	94	29	64	32	39	32	—	870	24
Mundial	106	88	97	96**	98**	91**	62	77	47**	62	54	—	400	92

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Expectativa de vida ao nascer – Número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte prevalentes para aquela faixa da população no momento de seu nascimento.

Taxa de alfabetização de adultos – Número de indivíduos a partir de 15 anos de idade que são alfabetizados, expresso como porcentagem da população total nesse grupo etário.

Taxas de matrículas e de frequência: mulheres como % da dos homens – Taxa de matrículas e de frequência de meninas dividida pela de meninos, em porcentagem.

Taxa líquida de matrículas na escola primária ou secundária – Número de indivíduos matriculados na escola primária ou secundária que pertencem ao grupo etário oficialmente correspondente à escola primária ou secundária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola primária ou secundária.

Taxa líquida de frequência na escola primária – Número de indivíduos que frequentam a escola primária ou secundária, que pertencem ao grupo etário oficialmente correspondente à escola primária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola primária.

Taxa líquida de frequência na escola secundária – Número de indivíduos que frequentam a escola secundária ou o ensino superior, que pertencem ao grupo etário oficialmente correspondente à escola secundária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola secundária.

Prevalência de anticoncepcionais – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade, que vivem em união e que atualmente utilizam métodos contraceptivos.

Cobertura de atendimento pré-natal – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade atendidas pelo menos uma vez durante a gestação por agentes de saúde capacitados (médicos, enfermeiros ou parteiros), e porcentagem de mulheres atendidas por algum provedor no mínimo quatro vezes.

Partos assistidos por pessoal capacitado – Porcentagem de partos assistidos por agentes de saúde capacitados (médicos, enfermeiros ou parteiros).

Partos institucionais – Proporção de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que tiveram bebês em centros de saúde nos dois anos anteriores à pesquisa.

Taxa de mortalidade materna – Número anual de mortes de mulheres causadas por complicações decorrentes de gravidez, por cem mil partos de crianças nascidas vivas. Os números apresentados na coluna “relatada”, fornecidos pelos países, não estão ajustados quanto a relatos insuficientes e erros de classificação.

Risco de morte materna ao longo da vida – Risco de morte materna ao longo da vida, considerando a probabilidade de engravidar e a probabilidade de morrer como consequência dessa gestação, acumulado ao longo dos anos férteis de uma mulher.

FONTES PRINCIPAIS

Expectativa de vida – Divisão de População das Nações Unidas.

Alfabetização de adultos – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE).

Matrícula na escola primária e na escola secundária – IUE.

Frequência na escola primária e na escola secundária – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS).

Prevalência de anticoncepcionais – DHS, MICS, Divisão de População das Nações Unidas e UNICEF.

Cobertura de atendimento pré-natal – DHS, MICS e outras pesquisas domiciliares.

Partos assistidos por pessoal capacitado – DHS, MICS, OMS e UNICEF.

Partos institucionais – DHS, MICS, OMS e UNICEF.

Mortalidade materna – OMS e UNICEF.

Risco ao longo da vida – OMS e UNICEF.

† Os dados sobre mortalidade materna apresentados na coluna “relatada” são fornecidos por autoridades nacionais. Periodicamente, UNICEF, OMS, UNFPA e Banco Mundial avaliam esses dados e fazem ajustes para explicar problemas documentados decorrentes de relatos insuficientes e de erros de classificação de mortes maternas, e para desenvolver estimativas para países que não dispõem de dados. A coluna “ajustada” para o ano 2005 reflete a mais recente dessas revisões.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

TABELA 9. PROTEÇÃO À CRIANÇA

Países e territórios	Trabalho infantil (5-14 anos) 1999-2007*			Casamento infantil 1998-2007*			Registros de nascimento 2000-2007*			Mutilação/corte genital feminino 2002-2007*				Atitude em relação à violência doméstica 2001-2007*	Deficiência infantil ^o 1999-2007*	Disciplina infantil 2005-2007*
	total	meninos	meninas	total	urbana	rural	total	urbana	rural	mulheres ^a (15-49 anos)			filhas ^b			
										total	urbana	rural		total		
Afganistão	30	28	33	43	—	—	6	12	4	—	—	—	—	—	—	—
África do Sul	—	—	—	8	5	12	78y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Albânia	12	14	9	8	7	8	98	97	98	—	—	—	—	30	16	49
Angola	24	22	25	—	—	—	29	34	19	—	—	—	—	—	—	—
Argélia	5	6	4	2	2	2	99	99	99	—	—	—	—	68	1y	86
Argentina	7y	8y	5y	—	—	—	91y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Armênia	4y	—	—	10	7	16	96	97	95	—	—	—	—	22	12y	—
Azerbaijão	7y	8y	5y	12	—	—	94	96	92	—	—	—	—	49	—	75
Bangladesh	13	18	8	64	58	69	10	13	9	—	—	—	—	—	21	—
Barein	5	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belize	40	39	42	—	—	—	94	92	97	—	—	—	—	12	44	68
Benin	46	47	45	34	19	47	60	68	56	13	9	15	2	47	—	—
Bielo-Rússia	5	6	4	7	6	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83
Bolívia	22	22	22	26	22	37	74	76	72	—	—	—	—	—	—	—
Bósnia e Herzegóvina	5	7	4	6	2	7	100	99	100	—	—	—	—	5	10	36
Botsuana	—	—	—	10x	13x	9x	58	66	52	—	—	—	—	—	—	—
Brasil	6y	7y	4y	24x	22x	30x	89y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Burquina Fasso	47y	46y	48y	48	29	61	64	86	58	73	76	71	25	71	—	83
Burundi	19	19	19	18	14	18	60	62	60	—	—	—	—	—	—	—
Butão	19y	16y	22y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cabo Verde	3y	4y	3y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1y	—
Camarões	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	33	92
Camboja	45y	45y	45y	23	18	25	66	71	66	—	—	—	—	55	—	—
Cazaquistão	2	2	2	7	6	9	99	99	99	—	—	—	—	10	—	52
Chade	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	—	3y	—
Chile	3	3	2	—	—	—	95y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
China	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2y	—
Colômbia	5	6	4	23	19	38	90	97	77	—	—	—	—	—	3y	—
Comores	27	26	28	30x	23x	33x	83	87	83	—	—	—	—	—	—	—
Congo	25	24	25	31	24	40	81y	88y	75y	—	—	—	—	76	—	—
Coreia do Norte	—	—	—	—	—	—	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Costa do Marfim	35	36	34	35	27	43	55	79	41	36	34	39	9	65	—	90
Costa Rica	5	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	—	—	—	—	—	—	100y	100y	100y	—	—	—	—	—	—	—
Djibuti	8	8	8	5	5	13	89	90	82	93	93	96	49	—	—	70
Egito	7	8	5	17	9	22	99	99	99	96	92	98	28y	50	8y	92
El Salvador	6y	9y	4y	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Equador	12	12	13	22	—	—	85	85	85	—	—	—	—	—	—	—
Eritreia	—	—	—	47	31	60	—	—	—	89	86	91	63	—	—	—
Etiópia	53	59	46	49	27	55	7	29	5	74	69	76	38	81	—	—
Filipinas	12	13	11	14	10	22	83	87	78	—	—	—	—	24	—	—
Gabão	—	—	—	34	30	49	89	90	87	—	—	—	—	—	—	—
Gâmbia	25	20	29	36	24	45	55	57	54	78	72	83	64	74	—	84
Gana	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	21	89
Geórgia	18	20	17	17	12	23	92	97	87	—	—	—	—	7	30	66
Guatemala	29	25	32	34	25	44	—	—	—	—	—	—	—	—	2y	—
Guiana	19	21	17	20	15	22	93	96	92	—	—	—	—	18	—	74
Guiné	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	—	—
Guiné-Bissau	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	—	80
Guiné Equatorial	28	28	28	—	—	—	32	43	24	—	—	—	—	—	—	—
Haiti	21	22	19	30	27	33	81	87	78	—	—	—	—	29	—	—
Honduras	16	16	15	39	33	46	94	95	93	—	—	—	—	16	—	—
Iêmen	11y	11y	12y	32	28	35	22	38	16	23x	26x	22x	20x	—	29	94
Índia	12	12	12	47	29	56	41	59	35	—	—	—	—	54	—	—
Indonésia	4y	5y	4y	24	15	33	55	69	43	—	—	—	—	25	—	—
Iraque	11	12	9	17	16	19	95	95	96	—	—	—	—	59	21	84
Jamaica	6	7	5	9	7	11	89	88	89	—	—	—	—	6	24	87
Jordânia	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	90	—	—
Laos	25	24	26	—	—	—	59	71	56	—	—	—	—	—	—	—
Lesoto	23	25	21	23	13	26	26	39	24	—	—	—	—	—	—	—
Libano	7	8	6	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Libéria	—	—	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Macedônia	6	7	5	4	3	4	94	95	93	—	—	—	—	21	21	69
Madagascar	32	36	28	39	29	42	75	87	72	—	—	—	—	28	—	—
Malawi	29	28	29	50	38	53	—	—	—	—	—	—	—	28	—	—
Maldivas	—	—	—	—	—	—	73	—	—	—	—	—	—	70	—	—
Mali	34	35	33	71	60	77	53	75	45	85	81	87	69	75	—	—
Marrocos	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	—	—	—	—	—	—	—
Mauritânia	4y	5y	3y	35	27	44	56	75	42	72	60	84	66	—	30	—
México	16y	15y	16y	28x	31x	21x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mianmá	—	—	—	—	—	—	65y	88y	59y	—	—	—	—	—	—	—
Moçambique	—	—	—	56	41	66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Moldova	32	32	33	19	16	22	98	98	98	—	—	—	—	21	—	—
Mongólia	18	19	17	9	7	12	98	98	99	—	—	—	—	20	26	79
Montenegro	10	12	8	5	5	5	98	98	99	—	—	—	—	11	14	61
Namíbia	13y	15y	12y	9	—	—	67	83	59	—	—	—	—	35	—	—
Nepal	31y	30y	33y	51	41	54	35	42	34	—	—	—	—	23	—	—
Nicarágua	15	18	11	43	36	55	81	90	73	—	—	—	—	17	—	—
Níger	43	43	43	75	42	84	32	71	25	2	2	2	1	70	—	—
Nigéria	13y	—	—	43	27	52	33y	52y	25y	19	28	14	10	65	—	—
Panamá	3	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paquistão	—	—	—	32x	21x	37x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguai	15	17	12	24x	18x	32x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peru	19	20	19	18	13	31	93	95	90	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	3y	4y	3y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Quênia	26	27	25	25	19	27	48y	64y	44y	32	21	36	21	68	—	—
Quirguistão	4	4	3	10	7	14	94	96	93	—	—	—	—	38	—	51

	Trabalho infantil (5-14 anos) 1999-2007*			Casamento infantil 1998-2007*			Registros de nascimento 2000-2007*			Mutilação/corte genital feminino 2002-2007*				Atitude em relação à violência doméstica 2001-2007*	Deficiência infantil ^o 1999-2007*	Disciplina infantil 2005-2007*
	total	meninos	meninas	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	total	total	total
Rep. Centro-Africana	47	44	49	61	57	64	49	72	36	26	21	29	7	—	48	88
Rep. Dem. do Congo	32	29	34	—	—	—	34	30	36	—	—	—	—	—	—	—
República Dominicana	10	12	7	40	38	47	78	82	70	—	—	—	—	9	5y	83
Romênia	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ruanda	35	36	35	13	9	14	82	79	83	—	—	—	—	48	2y	—
São Tomé e Príncipe	8	8	7	33	31	37	69	70	67	—	—	—	—	32	29	—
Senegal	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65	—	—
Serra Leoa	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	34	92
Sérvia	4	5	4	6	4	8	99	99	99	—	—	—	—	6	14	73
Síria	4	5	3	13	15	12	95	96	95	—	—	—	—	—	—	87
Somália	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	—	—
Sri Lanka	8	9	7	12y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suazilândia	9	9	9	5	1	6	30	38	28	—	—	—	—	38	—	—
Sudão	13	14	12	34	24	40	33	53	22	89	88	90	43y	—	—	—
Suriname	—	—	—	19	14	33	97	98	95	—	—	—	—	13	39	84
Tadjiquistão	10	9	11	13	13	13	88	85	90	—	—	—	—	74y	—	74
Tailândia	8	8	8	20	12	23	99	100	99	—	—	—	—	—	15	—
Tanzânia	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	—	—
Territórios Palestinos	—	—	—	19	—	—	96y	97y	96y	—	—	—	—	—	—	95
Timor-Leste	4	4	4	—	—	—	53y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Togo	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53	—	90
Trinidad e Tobago	1	1	1	8	—	—	96	—	—	—	—	—	—	8	—	75
Tunísia	—	—	—	10x	7x	14x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Turcomenistão	—	—	—	7	9	6	96	96	95	—	—	—	—	38y	—	—
Turquia	5	4	6	18	17	22	84	87	79	—	—	—	—	39	—	—
Ucrânia	7	8	7	6	6	10	100	100	100	—	—	—	—	5	—	70
Uganda	36	37	36	46	27	52	21	24	21	1	0	1	—	70	11y	—
Uruguai	8y	8y	8y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uzbequistão	2	2	2	7	9	7	100	100	100	—	—	—	—	70	3	—
Venezuela	8	9	6	—	—	—	92	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vietnã	16	15	16	10	3	13	88	94	86	—	—	—	—	64	4y	93
Zâmbia	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	—	85	—	—
Zimbábue	13y	12y	14y	34	20	44	74	83	71	—	—	—	—	48	—	—

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	35n	36n	34n	40	25	48	37	52	30	34	30	37	19	65	—	—
África Oriental e Meridional	36	38	33	36	20	43	32	41	24	43	36	46	28	65	—	—
África Ocidental e Central	35n	34n	35n	44	28	55	41	57	35	28	28	29	14	64	—	—
Oriente Médio e Norte da África	9	10	8	18	12	23	75	86	67	—	—	—	—	—	—	89
Ásia Meridional	13	13	12	49	32	58	36	52	30	—	—	—	—	53	—	—
Leste da Ásia e Pacífico	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	81**	67**	—	—	—	—	34**	3	—
América Latina e Caribe	11	11	10	—	—	—	89	92	82	—	—	—	—	—	—	—
ECO/CEI	5	5	5	11	11	13	92	93	92	—	—	—	—	32	—	—
Países industrializados [§]	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países em desenvolvimento [§]	16***	17***	15***	36**	22**	46**	50**	65**	39**	—	—	—	—	51**	—	—
Países menos desenvolvidos [§]	30	31	28	49	37	55	29	42	25	—	—	—	—	—	—	—
Mundial	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Trabalho infantil – Porcentagem de crianças entre 5 e 14 anos de idade envolvidas em atividades de trabalho infantil no momento da pesquisa. Considera-se que uma criança está envolvida em atividades de trabalho infantil nas seguintes situações: (a) crianças de 5 a 11 anos de idade que, na semana anterior à pesquisa, desempenharam atividade econômica por pelo menos uma hora, ou trabalho doméstico por pelo menos 28 horas; e (b) crianças de 12 a 14 anos de idade que, na semana anterior à pesquisa, desempenharam atividade econômica por pelo menos 14 horas, ou trabalho doméstico por pelo menos 28 horas.

Variáveis de background do trabalho infantil – Gênero; residência em área urbana ou rural; parcela da população 20% mais pobre ou 20% mais rica, estimada a partir de bens familiares (ver descrição mais detalhada dos procedimentos de estimativas de riqueza familiar em www.childinfo.org/); nível de educação da mãe, representando mães com algum ou nenhum nível de educação.

Casamento infantil – Porcentagem de mulheres entre 20 e 24 anos de idade que estavam casadas ou viviam em união antes de completar 18 anos de idade.

Registros de nascimento – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que já estavam registradas no momento da pesquisa. O numerador deste indicador inclui crianças cujas certidões de nascimento foram verificadas pelo entrevistador, ou cuja mãe ou responsável afirmou que o nascimento foi registrado. Os dados da MICS referem-se a crianças vivas no momento da pesquisa.

Mutilação/corte genital feminino – (a) Mulheres – a porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que sofreram mutilação/corte genital; (b) Filhas – a porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade com pelo menos uma filha que sofreu mutilação/corte genital. Mutilação/corte genital feminino envolve o corte ou a alteração da genitália feminina por razões sociais.

Atitudes em relação à violência doméstica – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que consideram justificável um marido bater em sua mulher por pelo menos uma das razões especificadas. As mulheres foram solicitadas a responder se é justificável que um marido bata em sua mulher sob uma série de circunstâncias, por exemplo: se sua mulher queima a refeição, discute com ele, sai de casa sem permissão, negligência o cuidado com as crianças e nega-se a ter relações sexuais.

Deficiência infantil – Porcentagem de crianças entre 2 e 9 anos de idade com no mínimo uma deficiência relatada – ou seja, problemas cognitivos, problemas motores, convulsões, problemas de visão, de audição ou de fala.

Disciplina infantil – Porcentagem de crianças entre 2 e 14 anos de idade que sofrem qualquer punição psicológica ou física.

FONTES PRINCIPAIS

Trabalho infantil – Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS).

Casamento infantil – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Registros de nascimento – MICS, DHS, outros levantamentos nacionais e sistemas de registros de pessoas naturais.

Mutilação/corte genital feminino – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Atitudes em relação à violência doméstica – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Deficiência infantil – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Disciplina infantil – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- y Dados referem-se a anos ou períodos que não aqueles especificados no título da coluna, diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- n Não inclui Nigéria.
- ♦ Ver explicação completa sobre metodologia e mudanças recentes nos cálculos dessas estimativas em "Nota geral sobre os dados", página 114.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.
- *** Não inclui China e Nigéria.

Resumo de indicadores

As médias apresentadas ao final de cada tabela são calculadas utilizando dados dos países e territórios conforme os agrupamentos a seguir.

África ao sul do Saara:

África do Sul; Angola; Benin; Botsuana; Burquina Fasso; Burundi; Cabo Verde; Camarões; Chade; Comores; Congo; Costa do Marfim; Eritreia; Etiópia; Gabão; Gâmbia; Gana; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Lesoto; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Maurício; Mauritânia; Moçambique; Namíbia; Níger; Nigéria; Quênia; República Centro-Africana; República Democrática do Congo; Ruanda; São Tomé e Príncipe; Seichelas; Senegal; Serra Leoa; Somália; Suazilândia; Tanzânia; Togo; Uganda; Zâmbia; Zimbábue

Oriente Médio e Norte da África

Arábia Saudita; Argélia; Barein; Catar; Djibuti; Egito; Emirados Árabes Unidos; Iêmen; Irã; Iraque; Jordânia; Kuwait; Líbano; Líbia; Marrocos; Omã; Síria; Sudão; Territórios Palestinos; Tunísia

Ásia Meridional

Afganistão; Bangladesh; Butão; Índia; Maldivas; Nepal; Paquistão; Sri Lanca

Leste da Ásia e Pacífico

Brunei; Camboja; China; Cingapura; Coreia do Norte; Coreia do Sul; Fiji; Filipinas; Ilhas Cook; Ilhas Marshall; Ilhas Salomão; Indonésia; Laos; Malásia; Mianmá; Micronésia; Mongólia; Nauru; Niue; Palau; Papua Nova Guiné; Quiribati; Samoa; Tailândia; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnã

América Latina e Caribe

Antígua e Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belize; Bolívia; Brasil; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Dominica; El Salvador; Equador; Granada; Guatemala;

Guiana; Haiti; Honduras; Jamaica; México; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; República Dominicana; Santa Lúcia; São Cristóvão e Névis; São Vicente e Granadinas; Suriname; Trinidad e Tobago; Uruguai; Venezuela

ECO/CEI

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Bielo-Rússia; Bósnia e Herzegovina; Bulgária; Cazaquistão; Croácia; Rússia; Geórgia; Macedônia; Moldova; Montenegro; Quirguistão; Romênia; Sérvia; Tadjiquistão; Turcomenistão; Turquia; Ucrânia; Uzbequistão

Países/territórios industrializados

Alemanha; Andorra; Austrália; Áustria; Bélgica; Canadá; Chipre; Dinamarca; Eslováquia; Eslovênia; Espanha; Estados Unidos; Estônia; Finlândia; França; Grécia; Holanda; Hungria; Irlanda; Islândia; Israel; Itália; Japão; Letônia; Liechtenstein; Lituânia; Luxemburgo; Malta; Mônaco; Noruega; Nova Zelândia; Polônia; Portugal; Reino Unido; República Checa; San Marino; Santa Sé; Suécia; Suíça

Países/territórios em desenvolvimento

Afganistão; África do Sul; Angola; Antígua e Barbuda; Arábia Saudita; Argélia; Argentina; Armênia; Azerbaijão; Bahamas; Bangladesh; Barein; Barbados; Belize; Benin; Bolívia; Botsuana; Brasil; Brunei; Burquina Fasso; Burundi; Butão; Cabo Verde; Camarões; Camboja; Catar; Cazaquistão; Chade; Chile; China; Chipre; Cingapura; Colômbia; Comores; Congo; Coreia do Norte; Coreia do Sul; Costa do Marfim; Costa Rica; Cuba; Djibuti; Dominica; Egito; El Salvador; Emirados Árabes Unidos; Equador; Eritreia; Etiópia; Fiji; Filipinas; Gabão; Gâmbia; Gana; Geórgia; Granada; Guatemala; Guiana; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Haiti; Honduras; Iêmen; Ilhas Cook; Ilhas Marshall; Ilhas Salomão; Índia; Indonésia; Irã; Iraque; Israel; Jamaica; Jordânia; Kuwait; Laos;

Lesoto; Líbano; Libéria; Líbia; Madagascar; Malásia; Malawi; Maldivas; Mali; Marrocos; Maurício; Mauritânia; México; Mianmá; Micronésia; Moçambique; Mongólia; Namíbia; Nauru; Nepal; Nicarágua; Níger; Nigéria; Niue; Omã; Palau; Panamá; Papua Nova Guiné; Paquistão; Paraguai; Peru; Quênia; Quirguistão; Quiribati; República Centro-Africana; República Democrática do Congo; República Dominicana; Ruanda; Samoa; Santa Lúcia; São Cristóvão e Névis; São Tomé e Príncipe; São Vicente e Granadinas; Seichelas; Senegal; Serra Leoa; Síria; Somália; Sri Lanca; Suazilândia; Sudão; Suriname; Tadjiquistão; Tailândia; Tanzânia; Territórios Palestinos; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad e Tobago; Tunísia; Turcomenistão; Turquia; Tuvalu; Uganda; Uruguai; Uzbequistão; Vanuatu; Venezuela; Vietnã; Zâmbia; Zimbábue

Países/territórios menos desenvolvidos

Afganistão; Angola; Bangladesh; Benin; Burquina Fasso; Burundi; Butão; Cabo Verde; Camboja; Chade; Comores; Djibuti; Eritreia; Etiópia; Gâmbia; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Haiti; Iêmen; Ilhas Salomão; Laos; Lesoto; Libéria; Madagascar; Malawi; Maldivas; Mali; Mauritânia; Mianmá; Moçambique; Nepal; Níger; Quiribati; República Centro-Africana; República Democrática do Congo; Ruanda; Samoa; São Tomé e Príncipe; Senegal; Serra Leoa; Somália; Sudão; Tanzânia; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Zâmbia

Medindo o desenvolvimento humano

Uma introdução à Tabela 10

Para que o desenvolvimento seja medido por meio de uma avaliação abrangente e inclusiva, é preciso que exista uma forma de avaliação do progresso humano e econômico. Do ponto de vista do UNICEF, é necessário um método consensual para medir o nível de bem-estar da criança e sua taxa de mudança.

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) é utilizada na Tabela 10 (páginas 154-157) como o principal indicador desse progresso. Em 2007, o número de crianças que morrem antes de seu quinto aniversário caiu para 9,2 milhões. Em comparação, em 1960, aproximadamente 20 milhões de crianças morriam a cada ano – o que coloca em evidência uma importante redução, no longo prazo, do número global de mortes de menores de 5 anos.

A TMM5 apresenta várias vantagens. Em primeiro lugar, mede um resultado final do processo de desenvolvimento, e não um “fator de contribuição”, como nível de matrículas, disponibilidade de calorias *per capita*, ou o número de médicos por mil habitantes – que representam meios para determinado fim.

Em segundo lugar, sabe-se que a TMM5 representa o resultado de uma grande variedade de fatores de contribuição: antibióticos para tratar pneumonia; mosquiteiros tratados com inseticida para evitar a malária; saúde nutricional e conhecimento das mães sobre saúde; nível de imunização e uso da terapia de reidratação oral; disponibilidade de serviços de saúde para a mãe e para a criança (inclusive atendimento pré-natal); disponibilidade de renda e de alimentos na família; disponibilidade de água limpa e saneamento básico; e segurança do ambiente da criança de maneira geral.

Em terceiro lugar, a TMM5 é menos suscetível à falácia da média do que, por

exemplo, a Renda Nacional Bruta *per capita* (RNB). Isso ocorre porque a escala natural não permite que a probabilidade de uma criança rica sobreviver seja mil vezes maior do que a de uma criança pobre, ainda que a escala feita pelo homem lhe permita ter uma renda mil vezes maior. Em outras palavras, é muito mais difícil que uma TMM5 nacional seja afetada por uma minoria rica e, portanto, esse indicador representa um quadro mais fiel, ainda que imperfeito, das condições de saúde da maioria das crianças (e da sociedade como um todo).

A velocidade dos progressos na redução da TMM5 pode ser medida pelo cálculo de sua taxa média de redução anual (TMRA). Ao contrário da comparação de mudanças absolutas, a TMRA reflete o fato de que só é possível aproximar-se dos limites da TMM5 pela superação de dificuldades que se tornam cada vez maiores. Por exemplo, à medida que são atingidos níveis mais baixos de mortalidade de menores de 5 anos, a mesma redução absoluta representa, obviamente, uma redução percentual maior. Assim sendo, a TMRA reflete uma taxa de progresso mais elevada para, por exemplo, uma redução de 10 pontos se essa redução ocorrer em um nível mais baixo da mortalidade de menores de 5 anos. Uma queda de 10 pontos na TMM5 – de 100 para 90 – representa uma redução de 10%, ao passo que a mesma queda de 10 pontos, mas de 20 para 10, representa uma redução de 50%. Uma porcentagem negativa de redução indica um aumento na TMM5 ao longo do período especificado.

Portanto, quando utilizadas em associação a taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), a TMM5 e sua taxa de redução podem dar uma idéia dos progressos que vêm sendo realizados por qualquer país, território ou região, e ao longo de qualquer período de tempo, em direção ao atendimento de algumas das necessidades humanas mais essenciais.

Como mostra a Tabela 10, não há uma relação fixa entre a taxa de redução anual da TMM5 e a taxa de crescimento anual do PIB *per capita*. Essas comparações contribuem para enfatizar a relação entre progresso econômico e desenvolvimento humano.

Por fim, a tabela fornece a taxa total de fertilidade para cada país e cada território, e a taxa média anual de redução correspondente. É evidente que muitas das nações que conseguiram reduções significativas em suas TMM5 também alcançaram reduções significativas em suas taxas de fertilidade.

TABELA 10. TAXAS DE PROGRESSO

Países e territórios	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos			Taxa média anual de redução (%) ¹³		Redução desde 1990 (%) ¹³	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Afganistão	2	320	260	257	1	0,1	1	—	—	7,7	8	7,1	-0,2	0,7
África do Sul	60	113	64	59	2,8	0,5	8	0,1	1	5,6	3,6	2,7	2,2	1,7
Albânia	126	107	46	15	4,2	6,6	67	-0,7x	5,2	4,9	2,9	2,1	2,6	2
Alemanha	173	26	9	4	5,3	4,8	56	2,3x	1,4	2	1,4	1,4	1,9	0
Andorra	189	—	6	3	—	4,1	50	—	—	—	—	—	—	—
Angola	16	—	258	158	—	2,9	39	0,4x	2,9	7,3	7,2	6,5	0,1	0,6
Antígua e Barbuda	140	—	—	11	—	—	—	8,3x	1,7	—	—	—	—	—
Arábia Saudita	97	185	44	25	7,2	3,3	43	-1,5	0,3	7,3	5,8	3,4	1,1	3,2
Argélia	75	220	69	37	5,8	3,7	46	1,6	1,4	7,4	4,7	2,4	2,3	4
Argentina	125	68	29	16	4,3	3,5	45	-0,7	1,5	3,1	3	2,3	0,1	1,7
Armênia	99	—	56	24	—	5	57	—	5,8	3,2	2,5	1,4	1,2	3,7
Austrália	160	21	9	6	4,2	2,4	33	1,5	2,4	2,7	1,9	1,8	1,9	0,3
Áustria	173	29	9	4	5,9	4,8	56	2,4	1,8	2,3	1,5	1,4	2,3	0,2
Azerbaijão	71	—	98	39	—	5,4	60	—	2,8	4,6	3	1,8	2,2	3,1
Bahamas	134	49	29	13	2,6	4,7	55	1,8	0,4x	3,6	2,6	2	1,6	1,5
Bangladesh	58	238	151	61	2,3	5,3	60	0,6	3,1	6,4	4,4	2,9	1,9	2,5
Barbados	137	54	17	12	5,8	2	29	1,5	1,3x	3,1	1,7	1,5	3,1	0,6
Barein	145	82	19	10	7,3	3,8	47	-1,3x	2,4x	6,5	3,7	2,3	2,8	2,8
Bélgica	166	24	10	5	4,4	4,1	50	2,2	1,8	2,2	1,6	1,6	1,7	-0,2
Belize	97	—	43	25	—	3,2	42	2,9	2,4	6,3	4,5	3	1,7	2,5
Benin	25	256	184	123	1,7	2,4	33	0	1,3	7	6,8	5,5	0,2	1,3
Bielo-Rússia	134	—	24	13	—	3,6	46	—	3,4	2,3	1,9	1,2	1	2,6
Bolívia	61	243	125	57	3,3	4,6	54	-1,1	1,3	6,6	4,9	3,5	1,5	1,9
Bósnia e Herzegovina	132	82	22	14	6,6	2,7	36	—	10,8x	2,9	1,7	1,2	2,6	2
Botsuana	69	144	57	40	4,6	2,1	30	8,2	4,2	6,6	4,7	2,9	1,7	2,8
Brasil	107	134	58	22	4,2	5,7	62	2,3	1,2	5	2,8	2,3	2,9	1,3
Brunei	148	78	11	9	9,8	1,2	18	-2,2x	-0,3x	5,7	3,2	2,3	2,8	2
Bulgária	137	33	18	12	3	2,4	33	3,4x	2,3	2,2	1,7	1,3	1,2	1,6
Burquina Fasso	7	281	206	191	1,6	0,4	7	1,3	2,5	7,6	7,3	6	0,2	1,1
Burundi	10	219	189	180	0,7	0,3	5	1,1	-2,7	6,8	6,8	6,8	0	0
Butão	45	288	148	84	3,3	3,3	43	6,8x	5,2	6,7	5,9	2,2	0,6	5,7
Cabo Verde	84	—	60	32	—	3,7	47	—	3,3	7	5,5	3,4	1,2	2,8
Camarões	18	215	139	148	2,2	-0,4	-6	3,3	0,6	6,2	5,9	4,4	0,2	1,8
Camboja	40	—	119	91	—	1,6	24	—	6,2x	5,9	5,8	3,2	0,1	3,5
Canadá	160	22	8	6	5,1	1,7	25	2	2,2	2,2	1,7	1,5	1,5	0,5
Catar	126	51	26	15	3,4	3,2	42	—	—	6,9	4,4	2,7	2,3	2,9
Cazaquistão	84	88	60	32	1,9	3,7	47	—	3,2	3,5	2,8	2,3	1,1	1,3
Chade	3	—	201	209	—	-0,2	-4	-1	2,4	6,5	6,7	6,2	-0,1	0,4
Chile	148	98	21	9	7,7	5	57	1,5	3,7	4	2,6	1,9	2,1	1,8
China	107	118	45	22	4,8	4,2	51	6,6	8,9	5,6	2,2	1,7	4,7	1,4
Chipre	166	31	11	5	5,2	4,6	55	5,9x	2,2	2,6	2,4	1,6	0,4	2,5
Cingapura	189	27	8	3	6,1	5,8	63	5,6	3,8	3	1,8	1,3	2,7	1,9
Colômbia	112	105	35	20	5,5	3,3	43	2	1	5,6	3	2,2	3,1	1,8
Comores	55	215	120	66	2,9	3,5	45	0,1x	-0,4	7,1	6,1	4,4	0,7	2
Congo	24	142	104	125	1,6	-1,1	-20	3,2	-0,2	6,3	5,4	4,5	0,8	1
Coreia do Norte	62	70	55	55	1,2	0	0	—	—	4	2,4	1,9	2,6	1,5
Coreia do Sul	166	54	9	5	9	3,5	44	6,2	4,4	4,5	1,6	1,2	5,2	1,7
Costa do Marfim	22	236	151	127	2,2	1	16	-1,9	-0,7	7,4	6,6	4,5	0,5	2,2
Costa Rica	140	83	18	11	7,6	2,9	39	0,7	2,5	5	3,2	2,1	2,3	2,4
Croácia	160	42	13	6	5,9	4,5	54	—	3	2	1,7	1,3	0,9	1,3
Cuba	156	39	13	7	5,5	3,6	46	—	3,6x	4	1,8	1,5	4,2	0,9
Dinamarca	173	16	9	4	2,9	4,8	56	2	1,9	2,1	1,7	1,8	1,2	-0,5
Djibuti	22	—	175	127	—	1,9	27	—	-2,1	7,4	6,2	4	0,9	2,5
Dominica	140	60	18	11	6	2,9	39	4,7x	2,4	—	—	—	—	—
Egito	77	236	93	36	4,7	5,6	61	4,3	2,5	6,2	4,4	2,9	1,7	2,4
El Salvador	99	162	60	24	5	5,4	60	-1,8	1,8	6,4	3,7	2,7	2,7	1,8
Emirados Árabes Unidos	151	84	15	8	8,6	3,7	47	-4,8x	-0,3x	6,6	4,4	2,3	2,1	3,8
Equador	107	140	57	22	4,5	5,6	61	1,3	1,2	6,3	3,7	2,6	2,7	2
Eritreia	50	237	147	70	2,4	4,4	52	—	-0,3x	6,6	6,2	5,1	0,3	1,2
Eslováquia	151	31	15	8	3,6	3,7	47	—	3,3	2,5	2	1,2	1	2,9
Eslovênia	173	29	11	4	4,8	6	64	—	3,5	2,3	1,5	1,3	2	1
Espanha	173	25	9	4	5,1	4,8	56	1,9	2,4	2,9	1,3	1,4	3,9	-0,2
Estados Unidos	151	23	11	8	3,7	1,9	27	2,2	2	2,2	2	2,1	0,6	-0,2

	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos			Taxa média anual de redução (%) ¹³		Redução desde 1990 (%) ¹³	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Estônia	160	20	18	6	0,5	6,5	67	1,5x	5,2	2,1	1,9	1,5	0,4	1,6
Etiópia	27	241	204	119	0,8	3,2	42	—	2,2	6,8	6,8	5,3	0	1,4
Fiji	117	—	22	18	—	1,2	18	0,6x	1,5x	4,5	3,4	2,8	1,5	1,2
Filipinas	94	89	62	28	1,8	4,7	55	0,8	1,7	6,3	4,3	3,3	1,8	1,7
Finlândia	173	16	7	4	4,1	3,3	43	2,8	2,8	1,9	1,7	1,8	0,3	-0,2
França	173	18	9	4	3,5	4,8	56	2,2	1,6	2,5	1,8	1,9	1,7	-0,5
Gabão	40	—	92	91	—	0,1	1	0,3	-0,7	4,8	4,8	3,1	0	2,6
Gâmbia	34	311	153	109	3,5	2	29	0,9	0,2	6,7	6	4,8	0,5	1,4
Gana	30	183	120	115	2,1	0,3	4	-2,1	2,1	6,7	5,8	3,9	0,7	2,3
Geórgia	88	—	47	30	—	2,6	36	3,2	1,8	2,6	2,1	1,4	1	2,4
Granada	114	—	37	19	—	3,9	49	4,9	2,5	4,6	3,7	2,3	1,1	2,8
Grécia	173	32	11	4	5,3	6	64	1,3	2,7	2,4	1,4	1,3	2,5	0,5
Guatemala	71	168	82	39	3,6	4,4	52	0,2	1,4	6,2	5,6	4,2	0,6	1,7
Guiana	59	—	88	60	—	2,3	32	-1,5	3,1	5,6	2,6	2,3	3,8	0,6
Guiné	17	326	231	150	1,7	2,5	35	0,3x	1,3	7	6,7	5,5	0,2	1,2
Guiné-Bissau	5	—	240	198	—	1,1	18	-0,2	-2,6	6,8	7,1	7,1	-0,2	0
Guiné Equatorial	4	—	170	206	—	-1,1	-21	—	21,1	5,7	5,9	5,4	-0,2	0,5
Haiti	47	222	152	76	1,9	4,1	50	-0,3	-2,1	5,8	5,4	3,6	0,3	2,5
Holanda	166	16	8	5	3,5	2,8	38	1,5	2,1	2,4	1,6	1,7	2,2	-0,6
Honduras	99	169	58	24	5,3	5,2	59	0,8	1,5	7,3	5,1	3,3	1,7	2,5
Hungria	156	40	17	7	4,3	5,2	59	3	3,3	2	1,8	1,3	0,6	2
Iêmen	48	309	127	73	4,4	3,3	43	—	1,6	8,6	8,1	5,5	0,3	2,2
Ilhas Cook	117	—	32	18	—	3,4	44	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Marshall	64	—	92	54	—	3,1	41	—	-2	—	—	—	—	—
Ilhas Salomão	50	—	121	70	—	3,2	42	3,4	-1,6	6,9	5,9	3,9	0,8	2,4
Índia	49	190	117	72	2,4	2,9	38	2,1	4,5	5,4	4	2,8	1,5	2
Indonésia	86	172	91	31	3,2	6,3	66	4,7	2,3	5,5	3,1	2,2	2,8	2,1
Irã	83	191	72	33	4,9	4,6	54	-2,3	2,5	6,6	5	2	1,3	5,3
Iraque	66	125	53	44	4,3	1,1	17	—	—	7,2	5,9	4,3	1	1,9
Irlanda	173	23	9	4	4,7	4,8	56	2,8	5,8	3,9	2,1	2	3,1	0,4
Islândia	189	16	7	3	4,1	5	57	3,2	2,4	3	2,2	2	1,6	0,3
Israel	166	29	12	5	4,4	5,1	58	1,9	1,7	3,8	3	2,8	1,2	0,4
Itália	173	33	10	4	6	5,4	60	2,8	1,2	2,4	1,3	1,4	3,1	-0,3
Jamaica	86	62	33	31	3,2	0,4	6	-1,3	0,8	5,5	2,9	2,5	3,1	1,1
Japão	173	17	6	4	5,2	2,4	33	3	0,9	2,1	1,6	1,3	1,3	1,3
Jordânia	99	107	40	24	4,9	3	40	2,5x	2	7,9	5,5	3,1	1,8	3,3
Kuait	140	59	15	11	6,8	1,8	27	-6,8x	1,1x	7,2	3,5	2,2	3,6	2,8
Laos	50	218	163	70	1,5	5	57	—	4,2	6,4	6,2	3,2	0,2	3,9
Lesoto	45	171	102	84	2,6	1,1	18	3,1	1,8	5,8	4,9	3,4	0,8	2,2
Letônia	148	20	17	9	0,8	3,7	47	3,4	4,7	1,9	1,9	1,3	0	2,3
Líbano	91	54	37	29	1,9	1,4	22	—	2,5	5,1	3,1	2,2	2,4	2,1
Libéria	20	284	205	133	1,6	2,5	35	-4,2	1,9	6,9	6,9	6,8	0	0,1
Líbia	117	160	41	18	6,8	4,8	56	-4,9x	—	7,6	4,8	2,8	2,3	3,3
Liechtenstein	189	—	10	3	—	7,1	70	—	—	—	—	—	—	—
Lituânia	151	22	16	8	1,6	4,1	50	—	3	2,3	2	1,3	0,7	2,7
Luxemburgo	189	23	9	3	4,7	6,5	67	2,7	3,2	2	1,6	1,7	1,1	-0,3
Macedônia	123	119	38	17	5,7	4,7	55	—	0,5	3,2	1,9	1,4	2,4	1,8
Madagascar	32	180	168	112	0,3	2,4	33	-2,4	-0,4	6,8	6,2	4,8	0,4	1,5
Malásia	140	70	22	11	5,8	4,1	50	4	3,2	5,6	3,7	2,6	2	2,1
Malauí	33	334	209	111	2,3	3,7	47	-0,1	0,3	7,3	7	5,6	0,2	1,2
Maldivas	88	—	111	30	—	7,7	73	—	5,5x	7	6,2	2,6	0,6	5,1
Mali	6	372	250	196	2	1,4	22	-0,3	2,2	7,5	7,4	6,5	0	0,8
Malta	166	28	11	5	4,7	4,6	55	6,5	2,7x	2,1	2	1,4	0	2,4
Marrocos	81	184	89	34	3,6	5,7	62	2	2	7,1	4	2,4	2,8	3,1
Maurício	126	86	24	15	6,4	2,8	38	5,1x	3,7	3,7	2,2	1,9	2,5	1,1
Mauritânia	27	233	130	119	2,9	0,5	8	-0,9	0,6	6,6	5,8	4,4	0,6	1,6
México	78	111	52	35	3,8	2,3	33	1,6	1,6	6,7	3,4	2,2	3,4	2,5
Mianmá	36	179	130	103	1,6	1,4	21	1,5	6,8x	6,1	3,4	2,1	2,8	3
Micronésia	69	—	58	40	—	2,2	31	—	-0,2	6,9	5	3,8	1,7	1,6
Moçambique	14	277	201	168	1,6	1,1	16	-1x	4,1	6,6	6,2	5,2	0,3	1,1
Moldova	117	65	37	18	2,8	4,2	51	1,8x	-1,3	2,6	2,4	1,4	0,3	3,2
Mônaco	173	—	9	4	—	4,8	56	—	—	—	—	—	—	—
Mongólia	67	—	98	43	—	4,8	56	—	2,2	7,5	4,1	1,9	3	4,6

TABELA 10. TAXAS DE PROGRESSO

Países e territórios	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos			Taxa média anual de redução (%) ¹³		Redução desde 1990 (%) ¹³	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Montenegro	145	—	16	10	—	2,8	38	—	3,4x	2,4	2	1,8	0,9	0,6
Namíbia	53	126	87	68	1,9	1,4	22	-2,3x	1,8	6,5	5,8	3,2	0,5	3,5
Nauru	88	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	62	237	142	55	2,6	5,6	61	1,2	1,9	5,9	5,2	3,3	0,6	2,6
Nicarágua	78	165	68	35	4,4	3,9	49	-3,7	1,9	6,9	4,8	2,8	1,9	3,2
Níger	11	318	304	176	0,2	3,2	42	-2,2	-0,6	8,1	7,9	7,2	0,1	0,5
Nigéria	8	265	230	189	0,7	1,2	18	-1,4	1,2	6,9	6,8	5,4	0,1	1,3
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	173	16	9	4	2,9	4,8	56	3,2	2,6	2,5	1,9	1,8	1,5	0,1
Nova Zelândia	160	21	11	6	3,2	3,6	45	0,8	2	3,1	2,1	2	2	0,2
Omã	137	200	32	12	9,2	5,8	63	3,3	2,2x	7,2	6,6	3	0,4	4,6
Palau	145	—	21	10	—	4,4	52	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	104	68	34	23	3,5	2,3	32	0,3	2,6	5,3	3	2,6	2,8	0,9
Papua Nova Guiné	56	156	94	65	2,5	2,2	31	-0,7	-0,6	6,2	4,8	3,8	1,2	1,3
Paquistão	43	184	132	90	1,7	2,3	32	3	1,6	6,6	6,3	3,5	0,2	3,4
Paraguai	91	75	41	29	3	2	29	2,8	-0,3	5,7	4,5	3,1	1,2	2,2
Peru	112	170	78	20	3,9	8	74	-0,6	2,7	6,3	3,9	2,5	2,4	2,6
Polônia	156	35	17	7	3,6	5,2	59	—	4,4	2,2	2	1,2	0,4	3
Portugal	173	66	15	4	7,4	7,8	73	2,6	1,9	2,8	1,5	1,5	3	0,3
Quênia	26	156	97	121	2,4	-1,3	-25	1,2	0	8,1	5,9	5	1,6	1
Quirguistão	73	—	74	38	—	3,9	49	—	-0,5	4,9	3,9	2,5	1,2	2,7
Quiribati	57	—	88	63	—	2	28	-5,3	1,8	—	—	—	—	—
Reino Unido	160	21	9	6	4,2	2,4	33	2	2,4	2,3	1,8	1,8	1,2	0
Rep. Centro-Africana	12	232	171	172	1,5	0	-1	-1,3	-0,8	5,7	5,7	4,6	0	1,2
República Checa	173	24	12	4	3,5	6,5	67	—	2,4	2	1,8	1,2	0,5	2,3
Rep. Dem. do Congo	15	235	200	161	0,8	1,3	20	-2,4	-4,3	6,4	6,7	6,7	-0,3	0
República Dominicana	73	131	66	38	3,4	3,2	42	2,1	3,8	6,2	3,3	2,8	3,1	0,9
Romênia	126	52	32	15	2,4	4,5	53	0,9x	2,3	2,9	1,9	1,3	2	2,3
Ruanda	9	223	195	181	0,7	0,4	7	1,1	1,1	8,2	7,6	5,9	0,4	1,5
Rússia	126	40	27	15	2	3,5	44	—	1,2	2	1,9	1,3	0,3	2
Samoa	95	101	50	27	3,5	3,6	46	—	2,6	6,1	4,8	4	1,2	1
San Marino	173	—	13	4	—	6,9	69	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	117	66	21	18	5,7	0,9	14	5,3x	1,3	6,1	3,3	2,2	3	2,5
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	117	—	36	18	—	4,1	50	6,3x	2,8	—	—	—	—	—
São Tomé e Príncipe	38	104	101	99	0,1	0,1	2	—	—	6,5	5,4	3,9	0,9	1,9
São Vicente e Granadinas	114	72	22	19	5,9	0,9	14	3,3	3	6	3	2,2	3,5	1,8
Seicheles	134	59	19	13	5,7	2,2	32	2,9	1,4	—	—	—	—	—
Senegal	31	276	149	114	3,1	1,6	23	-0,7	1,1	7	6,6	4,7	0,3	1,9
Serra Leoa	1	371	290	262	1,2	0,6	10	-0,4	-0,4	6,5	6,5	6,5	0	0
Sérvia	151	—	—	8	—	—	—	—	2,6x	2,4	2,1	1,8	0,6	1
Síria	123	128	37	17	6,2	4,6	54	2	1,5	7,6	5,5	3,1	1,6	3,4
Somália	19	—	203	142	—	2,1	30	-0,9	—	7,3	6,8	6,1	0,3	0,6
Sri Lanca	110	100	32	21	5,7	2,5	34	3	3,9	4,4	2,5	1,9	2,7	1,7
Suazilândia	40	199	96	91	3,6	0,3	5	3,1	-0,3	6,9	5,7	3,5	0,9	2,9
Sudão	34	168	125	109	1,5	0,8	13	0,1	3,6	6,6	6	4,3	0,5	1,9
Suécia	189	13	7	3	3,1	5	57	1,8	2,2	2	2	1,8	0,1	0,7
Suíça	166	18	8	5	4,1	2,8	38	1,2	0,7	2	1,5	1,4	1,4	0,5
Suriname	91	—	51	29	—	3,3	43	-2,4x	1,8	5,7	2,7	2,4	3,6	0,7
Tadjiquistão	54	138	117	67	0,8	3,3	43	—	-2,2	6,9	5,2	3,4	1,4	2,5
Tailândia	156	103	31	7	6	8,8	77	5	2,9	5,5	2,1	1,8	4,8	0,8
Tanzânia	29	217	157	116	1,6	1,8	26	—	1,8	6,8	6,1	5,2	0,5	0,9
Territórios Palestinos	95	—	38	27	—	2	29	—	-2,9x	7,9	6,4	5,2	1	1,3
Timor-Leste	39	—	184	97	—	3,8	47	—	—	6,3	5,3	6,6	0,8	-1,2
Togo	37	219	150	100	1,9	2,4	33	-0,6	-0,2	7	6,4	4,9	0,5	1,6
Tonga	104	50	32	23	2,2	1,9	28	—	2	5,9	4,6	3,8	1,3	1,2
Trinidad e Tobago	78	54	34	35	2,3	-0,2	-3	0,5	5,1	3,5	2,4	1,6	1,8	2,4
Tunísia	110	201	52	21	6,8	5,3	60	2,5	3,4	6,6	3,6	1,9	3	3,7
Turcomenistão	65	—	99	50	—	4	49	—	-6,8x	6,3	4,3	2,5	1,9	3,2
Turquia	104	201	82	23	4,5	7,5	72	1,9	2,2	5,5	3	2,1	3	2,1
Tuvalu	75	—	53	37	—	2,1	30	—	—	—	—	—	—	—
Ucrânia	99	36	25	24	1,8	0,2	4	—	-0,7	2,1	1,9	1,2	0,6	2,6
Uganda	21	195	175	130	0,5	1,7	26	—	3,1	7,1	7,1	6,5	0	0,5

	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos			Taxa média anual de redução (%) ¹³		Redução desde 1990 (%) ¹³	Taxa média anual de crescimento do PIB <i>per capita</i> (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Uruguai	132	60	25	14	4,4	3,4	44	0,9	1,5	2,9	2,5	2,1	0,7	1
Uzbequistão	68	—	74	41	—	3,5	45	—	1,2	6,5	4,2	2,5	2,2	3
Vanuatu	81	155	62	34	4,6	3,5	45	1,1x	-0,4	6,3	4,9	3,8	1,2	1,6
Venezuela	114	62	32	19	3,3	3,1	41	-1,6	-0,2	5,4	3,4	2,6	2,2	1,7
Vietnã	126	85	56	15	2,1	7,7	73	—	6	7	3,7	2,2	3,2	3,2
Zâmbia	13	179	163	170	0,5	-0,2	-4	-2,3	0,1	7,4	6,5	5,2	0,7	1,2
Zimbábue	43	131	95	90	1,6	0,3	5	-0,4	-2,1x	7,4	5,2	3,2	1,8	2,8

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	232	186	148	1,1	1,3	20	-0,1	1,3	6,8	6,3	5,2	0,4	1,1
África Oriental e Meridional	202	165	123	1,0	1,7	25	—	1,4	6,8	6,0	4,9	0,6	1,2
África Ocidental e Central	260	206	169	1,2	1,2	18	-0,6	1,3	6,8	6,6	5,5	0,1	1,1
Oriente Médio e Norte da África	195	79	46	4,5	3,2	42	-0,1	1,6	6,8	5,0	3,0	1,5	3,0
Ásia Meridional	197	125	78	2,3	2,8	38	2,1	4,1	5,7	4,3	3,0	1,4	2,2
Leste da Ásia e Pacífico	121	56	27	3,9	4,3	52	5,7	6,8	5,6	2,5	1,9	4,1	1,6
América Latina e Caribe	122	55	26	4,0	4,4	53	1,4	1,5	5,3	3,2	2,4	2,5	1,8
ECO/CEI	91	53	25	2,7	4,4	53	—	1,6	2,8	2,3	1,7	0,9	1,9
Países industrializados [§]	24	10	6	4,4	3,0	40	2,3	1,9	2,3	1,7	1,7	1,3	0,2
Países em desenvolvimento [§]	162	103	74	2,3	1,9	28	2,4	4	5,8	3,6	2,8	2,3	1,6
Países menos desenvolvidos [§]	241	179	130	1,5	1,9	27	-0,2	2,5	6,7	5,8	4,7	0,7	1,3
Mundial	143	93	68	2,2	1,8	27	2,3	2,4	4,7	3,2	2,6	1,9	1,3

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 152.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos – Probabilidade de morte entre o nascimento e exatamente 5 anos de idade por mil nascidos vivos.

Redução desde 1990 (%) – Redução percentual da taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) de 1990 a 2007. Em 2000, a Declaração do Milênio, promulgada pelas Nações Unidas, estabeleceu uma meta de redução de dois terços (67%) na TMM5 de 1990 até 2015. Este indicador fornece uma avaliação atualizada dos progressos rumo a essa meta.

PIB *per capita* – Produto Interno Bruto (PIB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores do país, acrescido de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção. O PIB *per capita* é o produto interno bruto dividido pela população na metade do ano. O crescimento é calculado a partir de dados do PIB a preços constantes, em moeda local.

Taxa total de fertilidade – Número de crianças que nasceriam por mulher se esta vivesse até o fim de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fertilidade prevalentes para cada faixa etária.

FONTES PRINCIPAIS

Mortalidade de menores de 5 anos – UNICEF, Divisão de População das Nações Unidas e Divisão de Estatísticas das Nações Unidas.

PNB *per capita* – Banco Mundial.

Fertilidade – Divisão de População das Nações Unidas.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos das médias regionais e globais
- º Um valor negativo indica um aumento na taxa de mortalidade de menores de 5 anos desde 1990.

Siglas

ACSD	Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado	ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	OMS	Organização Mundial da Saúde
COE	Cuidados Obstétricos de Emergência	PIB	Produto Interno Bruto
Gidi	Gestão Integrada das Doenças Infantis	PTMPC	Prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança
Gisni	Gestão Integrada de Saúde Neonatal e Infantil	RMS	Rede de Métricas de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana	SG-ONU	Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas
HMN	Health Metrics Network	SMN	Saúde Materna e Neonatal
M/CGF	Mutilação/Corte Genital Feminino	SWAps	Abordagens Setoriais Amplas
MICS	Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos	Unaids	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos	UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
		UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
		UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

© Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
Dezembro 2008

A reprodução de qualquer parte desta publicação somente poderá ser feita mediante autorização. Entre em contato com:
Divisão de Comunicação, UNICEF
3 United Nations Plaza, New York, NY 10017 USA
Tel.: (1 212) 326-7434
e-mail: nyhqdoc.permit@unicef.org

A autorização será gratuita para organizações educacionais ou sem fins lucrativos. A outras organizações será solicitado o pagamento de uma pequena taxa.

Comentários representam as opiniões pessoais dos autores e não refletem necessariamente a posição do Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Para correções subseqüentes à impressão, acesse nosso *site* www.unicef.org/publications

Para atualizações de dados posteriores à publicação, acesse o *site* www.childinfo.org

ISBN: 978-92-806-4318-3
Vendas n.: E.09.XX.1

United Nations Children's Fund
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA
e-mail: pubdoc@unicef.org
site: www.unicef.org

Foto da capa: ©UNICEF/HQ04-1216/Ami Vitale

Versão em português sob responsabilidade do Escritório da Representante do UNICEF no Brasil.
SEPN 510 – Bloco A – 2º Andar
Brasília, DF – 70750-521



Escritórios do UNICEF

United Nations Children's Fund
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

UNICEF Regional Office for Europe
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

**UNICEF Central and Eastern Europe/
Commonwealth of Independent
States Regional Office**
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

**UNICEF Eastern and Southern Africa
Regional Office**
United Nations Complex Gigiri
P.O. Box 44145-00100
Nairobi, Kenya

**UNICEF West and Central Africa
Regional Office**
P.O. Box 29720 Yoff
Dakar, Senegal

**UNICEF The Americas and Caribbean
Regional Office**
Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102
Apartado 0843-03045
Panama City, Panama

**UNICEF East Asia and the Pacific
Regional Office**
P.O. Box 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Thailand

**UNICEF Middle East and North Africa
Regional Office**
P.O. Box 1551
Amman 11821, Jordan

UNICEF South Asia Regional Office
P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal

Further information is available at our
website <www.unicef.org>.

Escritórios do UNICEF no Brasil

**UNICEF – Brasília – Escritório da
Representante do UNICEF no Brasil**
SEPN 510, Bloco A – 2º andar
Brasília, DF
70750-521
Caixa Postal: 08584 – CEP 70312-970
Telefone: (61) 3035 1900
Fax: (61) 3349 0606
E-mail: brasil@unicef.org
Representante do UNICEF no Brasil:
Sra. Marie-Pierre Poirier

UNICEF – Belém
Av. Alcindo Cacela, 287, Bloco B
Prédio da Universidade da Amazônia
Umarizal
Belém, PA
66060-000
Telefone: (91) 3073 5700
Fax: (91) 3073 5709
E-mail: belem@unicef.org

UNICEF – Fortaleza
Secretaria de Planejamento
Centro Admin. do Estado, Ed. Seplan/1
Cambéba, Messejana
Fortaleza, CE
60839-900
Telefone: (85) 3306 5700
Fax: (85) 3306 5709
E-mail: fortaleza@unicef.org

UNICEF – Manaus
Av. Darcy Vargas 77, Secretaria de
Assistência Social
Bairro da Chapada
Manaus, AM
69050-020
Telefone: (92) 3642 8016
E-mail: hgirade@unicef.org

UNICEF – Recife

Rua Henrique Dias, S/N – Ed. do IRH Térreo
Derby
Recife, PE
52010-100
Telefone: (81) 3059 5700
Fax: (81) 3059 5719
E-mail: recife@unicef.org

UNICEF – Rio de Janeiro
Avenida Rio Branco, 135 – 6º andar
Centro
Rio de Janeiro, RJ
20040-006
Telefone: (21) 3147 5700
Fax: (21) 3147 5711
E-mail: riodejaneiro@unicef.org

UNICEF – Salvador
Alameda Benevento, n.º 103, Edifício
Empresarial 14 BIS – 5º andar
Pituba
Salvador, BA
41830-530
Telefone: (71) 3183 5700
Fax: (71) 3183 5710
E-mail: salvador@unicef.org

UNICEF – São Luís
Rua Santo Antônio, 246
Centro
São Luís, MA
65010-200
Telefone: (98) 4009 5700
Fax: (98) 4009 5708
E-mail: saoluis@unicef.org

UNICEF – São Paulo
Rua Pedro de Toledo, 1529
Vila Clementino
São Paulo, SP
04039-034
Telefone: (11) 3728 5700
Fax: (11) 3728 5777
E-mail: saopaulo@unicef.org

Informações adicionais disponíveis no *site*
www.unicef.org